

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 42

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PTOSSES GASTRIQUES

La Dislocation Verticale de l'Estomac

THÈSE

PRÉSENTÉE.

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 10 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROUGEUX Edouard

né le 9 Août 1884, à Sévrier (Haute-Savoie)



VALENCE
IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD
41, Rue du Tunnel, 41

1910

LA DISLOCATION VERTICALE
DE L'ESTOMAC



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 42

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PTOSSES GASTRIQUES

La Dislocation Verticale de l'Estomac

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROUGEUX Edouard

né le 9 Août 1884, à Sévrier (Haute-Savoie)



VALENCE

IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, 41

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		X.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée		COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLQING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
Maladie des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	agrégés
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	LEPINE Ch. J.	LATARJET Ch.
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	BERIEL Ch.
COURMONT (P.)	GAYET	MARTIN Etienne	BRETIN Ch.
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	THÉVENOT Ch.
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	
TIXIER	PATEL	NOGIER	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, Président ; P. COURMONT, Assesseur ; GAYET et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail,
témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux

En reconnaissance du très grand
honneur qu'il nous fait en accep-
tant la présidence de notre Thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAYET

Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous confier ce
travail et nous aider de ses conseils.
Il nous a toujours accueilli avec
une extrême bienveillance. Nous
l'assurons de notre profonde et
respectueuse gratitude.

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

L'étude clinique des ptoses viscérales date des travaux de Glénard. Cet auteur désignait sous ce nom « un état d'abaissement des viscères abdominaux, sains d'ailleurs, au-dessous de leur siège normal, et dans le sens de la pesanteur, par défaut de leurs moyens de suspension dans l'abdomen. » A la suite des travaux de cet auteur et de ceux de Coutaret, Guéniot, Trastour, Bouveret, Tuffier, Mathieu, Hayem, Roux..., nous avons appris à connaître et à diagnostiquer la ptose du rein, la ptose du foie, la ptose du côlon, la ptose de l'estomac.

Celle-ci a été définie par Glénard en 1885, « une anomalie de situation de l'estomac qui consiste dans l'abaissement total ou partiel de l'organe ». Elle se présente, en effet, sous deux types cliniques différents. Tantôt il se fait un abaissement de tout l'organe; mais le pyllore et le cardia gardent leurs connexions habituelles, l'estomac a une direction normale. Il s'agit, dans ces cas de gastropptose totale ou de « dislocation horizontale », suivant l'expression de M. Vautrin. Tantôt au contraire, c'est seulement le pôle inférieur de l'estomac pyllore et antrum prépylorique qui change de direction,

qui s'abaisse et qui se déforme, il s'agit alors de « gastropiose partielle » (Glénard), de « dislocation verticale » (Bouveret).

C'est cette dislocation verticale que nous allons étudier. Nous nous sommes proposés, dans ce travail, de faire une étude d'ensemble sur la dislocation verticale de l'estomac ; nous avons eu pour but de montrer l'utilité de l'intervention chirurgicale, à l'occasion des quelques malades opérés de dislocation.

Nous suivons le plan suivant :

Dans un premier chapitre, nous définissons la dislocation verticale par l'anatomie pathologique. Dans un deuxième, nous en étudions la pathogénie. Le troisième chapitre est réservé aux symptômes et au diagnostic. Enfin dans un quatrième nous insisterons un peu plus sur le traitement chirurgical de cette gastropiose.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique et définition

Nous aurons l'occasion, au cours de cette étude, de parler à plusieurs reprises, des axes et des moyens de fixité de l'estomac.

Aussi croyons-nous utile de préciser quelques notions anatomiques sur ces deux points.

Nous ne rappellerons pas toutes les discussions auxquelles a donné lieu la question de la direction générale de l'estomac ; les recherches radioscopiques de Tuffier, de Leven et Barret, de Rieder, de Holzknecht, ont confirmé les recherches anatomiques de Lushka, de Fromont, de Tillaux, de Poirier, de Jonnesco, ainsi que les observations sur le vivant de Doyen : il résulte des recherches de ces auteurs, que l'axe de l'estomac doit être représenté par une ligne brisée à deux branches, une longue branche sensiblement verticale, formée par la plus grande étendue de l'estomac et qui lui donne sa direction générale, une branche courte, vestibule et

canal pylorique, à direction horizontale ou légèrement ascendante. Cette portion finit au pylore, c'est-à-dire sur la face droite de la première lombaire ou de la douzième dorsale, à 3 centimètres environ de la ligne médiane.

Ces deux portions, distinctes comme orientation, ont une fixité inégale.

La région supérieure, en rapport avec le lobe gauche du foie, avec la foliole gauche du diaphragme, la face interne du hile de la rate est de beaucoup la plus fixe. Elle est maintenue au niveau du cardia par la continuité avec l'œsophage, au niveau de la coupole diaphragmatique par le ligament gastro-phrénique qui occupe l'espace compris entre bord le gauche de l'œsophage et le sommet de la grosse tubérosité, suspendant celle-ci au diaphragme ; au niveau des bords de l'organe par la partie supérieure des épiploon gastro-hépatique, gastro-colique, gastro-splénique.

La région inférieure ou pylorique est, au contraire peu fixée par sa continuité avec le duodénum, la partie droite des ligaments gastro-colique et gastro-hépatique. Aussi se déplace-t-elle avec facilité : on a pu la trouver dans les diverses régions de la cavité abdominale, justifiant ainsi l'appellation humoristique de Roux « le pylore facteur rural de l'abdomen »

C'est précisément cette mobilité du pôle inférieur de l'estomac qui va nous expliquer les déformations qui caractérisent la dislocation verticale de l'estomac.

Nous la définirons avec Soupault : « une déformation de cet organe consistant en ce que son extrémité inférieure, au lieu d'être située comme à

l'état normal dans la partie épigastrique de l'abdomen et d'avoir une direction générale horizontale, ou légèrement oblique en haut, s'abaisse dans l'abdomen, devient oblique en bas », comme le nom de dislocation verticale l'indique. Dans les cas où l'affection atteint son plus haut degré, le pylore est complètement rejeté à gauche de la ligne médiane, tout l'estomac se trouve alors dans l'hypochondre gauche et dans la moitié gauche de la cavité abdominale.

Etudions comment se présentent la grosse tubérosité, la petite courbure, la grande courbure, le pylore.

La grosse tubérosité n'est pas déformée ; elle est restée en place. Le cardia est toujours au niveau de la onzième dorsale.

La petite courbure s'est allongée ; elle est descendue dans les régions inférieures de l'abdomen. D'autre part, en suivant sa direction, nous constatons qu'elle ne décrit plus sa courbe régulièrement arrondie vers la droite. Elle descend au contraire verticale dans la plus grande partie de son étendue, s'unissant près du pylore, à angle souvent très aigu avec la portion pylorique, devenue presque verticale.

Le pylore, organe essentiellement mobile a suivi le plus souvent l'allongement de la petite courbure ; il s'est abaissé, en même temps qu'il s'est porté à gauche. Normalement il est à la hauteur de la première lombaire. On peut le trouver dans le cas de dislocation verticale au niveau de la troisième lombaire, soit 6 à 8 centimètres plus bas. Ziemssen, dans un cas, l'a

trouvé au niveau du promontoire. Chez le malade opéré par M. Gayet (observation I), il était non loin du pubis.

Il ne faut pas seulement apprécier la situation du pylore, mais aussi son degré de mobilité : la présence de brides de périgastrite qui immobilisent le pylore en mauvaise position, créent une variété de dislocation que M. Gayet propose d'appeler « dislocation fixée ».

A opposer à cette forme, il faut signaler le cas observé par Vautrin d'une « dislocation intermittente ».

La grande courbure devient de plus en plus parallèle à la petite courbure. Elle s'abaisse et devient verticale, décrivant un arc dont la corde est beaucoup plus courte que normalement.

Si nous considérons la forme générale et l'orientation d'un tel estomac, resté fixe au niveau du cardia, il nous paraît dans l'ensemble allongé, sans qu'il ait réellement augmenté de capacité (celle-ci est même quelquefois diminuée). L'estomac a en effet perdu en largeur ce qu'il a gagné en hauteur et l'on comprend que Bouveret le compare à un « segment de gros intestin ». Enfin dans l'ensemble, l'estomac est déjeté à gauche de la ligne médiane ; la ligne qui unit le cardia au pylore devient ainsi de plus en plus parallèle au rachis, ce qui pour Bouveret caractérise la dislocation verticale.

Tel est le premier degré de dislocation, celui qu'il est très fréquent de trouver chez la femme : il correspond à ce que les radiographes allemands désignent sous le nom de « magenschnur » ou de « magerhagen », « estomac en crochet ». Un tel estomac est compatible

avec une santé bonne, une évacuation souvent parfaite de l'estomac. Elle n'intéresse donc pas le chirurgien.

Il est au contraire un deuxième degré, dans lequel l'estomac se présente sous un tout autre aspect : c'est l'estomac disloqué qui se complique de dilatation, avec toutes ses conséquences. Voyons comment se constitue cette ectasie.

Nous savons que normalement le pylore est le point le plus déclive d'un estomac en état de vacuité et qu'à l'état de réplétion il n'existe qu'un petit cul-de-sac prépylorique dont la profondeur est de 1 à 3 centimètres, condition essentiellement favorable à une facile évacuation de l'estomac dans le duodénum. Il n'en est pas de même dans le cas de dislocation. En raison de l'allongement et de la coudure qui se produisent sur la petite courbure, l'antrum prépylorique s'abaisse : dans les cas légers ce bas-fond est de petit volume et les aliments remontent sans trop de peine jusqu'au pylore et s'évacuent sans trop de retard. Mais aussi ce cul-de-sac peut s'allonger démesurément et descendre bien au-dessous de l'ombilic jusqu'au pubis ; la dislocation verticale se complique alors de dilatation. Le muscle gastrique pourra faire de la compensation tant qu'il sera vigoureux. Au prix de vives contractions qui se traduisent subjectivement par un péristaltisme douloureux, l'évacuation de l'estomac ne sera que retardée. Quand le muscle aura cédé et sera devenu insuffisant, la stase s'en suivra, accentuant elle-même l'ectasie, cause de stase.

Il faut peut-être aussi, avec Bouveret, invoquer un autre mécanisme pour expliquer la dilatation et la stase :

elles résulteraient pour lui d'une coudure du duodénum. Voyons comment elle se fait : l'abaissement de la région pylorique en bas et à gauche, n'est limitée que par les attaches du duodénum. Or, on sait que la première portion de ce conduit n'est pas maintenue solidement fixée. Elle n'est retenue que par le bord droit du grand et du petit épiploon. La portion descendante au contraire, entourée de péritoine sur une partie de sa circonférence, n'est susceptible que de quelques mouvements de latéralité. La région de l'ampoule de Vater, là où s'abouche le canal cholédoque et où aboutit le paquet artériel et veineux, constitue en particulier un point très fixe. A ce niveau le duodénum cesse d'être entraîné par le pylore en prolapsus : c'est là que se forme le nouvel orifice gastro-duodéal (Glénard). Ainsi se constitue une coudure intestinale qui diminue la perméabilité de la lumière du duodénum et par suite gêne l'évacuation du contenu gastrique, ce qui entraîne la stase et l'ectasie.

Quel que soit le mécanisme invoqué, la dislocation compliquée d'ectasie aboutit à la formation d'une grande poche, presque entièrement située dans la moitié gauche de la cavité abdominale, poche allongée verticalement, dont le fond est plus ou moins près du pubis.

Un tel estomac est donc bien différent de l'estomac dilaté habituel à la suite d'une sténose pylorique par exemple, dans lequel pylore et cardia restent dans leurs positions respectives, l'ectasie se constitue aussi bien aux dépens de la petite tubérosité, que de la grosse tubérosité et de la grande courbure, entraînant ainsi le développement de vastes sacs étendus transversale-

ment et qui peuvent dans les cas extrêmes occuper presque tout l'abdomen.

La dislocation verticale peut exister seule. Mais elle peut aussi s'accompagner de la ptose des différents viscères abdominaux.

La traction exercée par la poche sous-pylorique peut agir sur la totalité de l'estomac et l'abaisser : c'est la gastropiose totale.

D'autre part, le côlon transverse qui lui est accolé est dans certains cas refoulé par le bord inférieur de l'estomac, dont il épouse la forme en dessinant un V. En même temps ses deux angles droit et gauche peuvent être abaissés et entraîner plus ou moins les côlons ascendant et descendant.

Le rein est souvent mobile, quelquefois fortement déplacé.

Il en est de même du foie qui est abaissé, basculé en avant, déformé, le bord antérieur pouvant s'allonger en une languette et descendre plus ou moins bas.

La rate, les organes génitaux chez la femme, peuvent être ptosés.

Ainsi se trouve constituée la splachnoptose totale, dont la gastropiose n'est qu'un élément.

Nous en aurons fini avec l'anatomie pathologique quand nous aurons signalé la présence de malformations thoraciques ou abdominales chez certains sujets atteints de dislocation : nous les décrirons en étudiant la pathogénie.

Rappelons enfin que l'estomac en dislocation peut avoir de la biloculation : il présente alors à sa partie moyenne un étranglement qui contribue à gêner les mouvements de l'estomac et l'évacuation des aliments.

CHAPITRE II

Pathogénie

L'étude clinique et radioscopique de la dislocation verticale montre que c'est une affection fréquente chez la femme, rare chez l'homme. Aussi les auteurs se sont-ils demandés quelles sont les causes qui agissent particulièrement chez la femme : on a incriminé le port du corset et l'action des grossesses.

La dislocation verticale existe aussi chez l'homme : il y a donc d'autres causes de dislocation.

Vautrin a montré que les sténoses pyloriques peuvent se compliquer de prolapsus du pylore.

D'autre part la ptose généralisée peut accompagner la dislocation verticale de l'estomac : on a invoqué les mêmes causes pour expliquer l'une et l'autre.

Enfin il faut peut-être faire une place à l'origine congénitale de l'affection.

Etudions ces différents points.

I. L'action du corset avait été bien signalée en 1849, par Cruveilhier qui le premier décrit la déformation de l'estomac sous son action : « Pressé par le corset, l'estomac devient vertical par un mécanisme facile à comprendre. Le foie refoulé à gauche, force l'estomac à se porter directement en bas. Au maximum de cette disposition, l'estomac devient vertical, atteint le détroit supérieur par sa grande courbure et s'élève brusquement sur lui-même pour se porter verticalement en haut. Son extrémité duodénale maintenue par ses adhérences naturelles, tantôt reste en place, tantôt est entraînée par le reste de l'estomac. Ainsi on rencontre le pylore à l'ombilic, aux régions iliaques... »

La question a été reprise par de nombreux auteurs. On trouve la notion de verticalité de l'estomac due au corset dans les travaux de Lévy, d'Arnould, de Dickinson, de Charpy, de Bouveret ; en Allemagne dans ceux d'Engel, de Boas, d'Ewald, de Ziemssen, de Rosenheim.

Chapotot et Hayem ont en particulier bien étudié le mécanisme par lequel le corset agit sur les organes situés dans les hypocondres.

Il faut à ce point de vue, avec Hayem, étudier où porte la constriction. Est-elle sus-hépatique ou sous-mammaire ? Est-elle hépatique ? Est-elle sous-hépatique ?

Dans le premier cas, la pression se fait sentir au niveau des dernières côtes, ou même au défaut de la taille. Les dernières côtes sont refoulées en dedans : on a la « taille de guêpe ». Le bord inférieur du foie

peut être déprimé. Les viscères abdominaux sont refoulés vers le haut. L'estomac ne présente pas d'abaissement.

Ce sont les deux autres variétés de constriction hépatique et surtout sus-hépatique qui s'accompagnent de déplacement des viscères en bas et en particulier de dislocation verticale. Soit une constriction sus-hépatique : nous constatons un enfoncement des côtes qui s'étend de la 5^e à la 9^e environ, surtout marqué à la partie antérieure du thorax. L'angle xiphoïdien diminue. Les dernières côtes paraissent se déjeter en dehors, produisant un évasement du thorax à la base.

De telles déformations du squelette vont s'accompagner d'abaissement des organes dans les hypocondres. En effet ceux-ci se trouvent par l'action du corset, pris entre trois forces expulsives ; deux latérales qui résultent de la compression latérale du thorax, une antérieure due à la fermeture de l'angle xiphoïdien et à la résistance opérée par le busc du corset. La résultante de ces forces est oblique en bas et en dedans. Le foie et la rate s'abaissent dans la cavité abdominale. Il en résulte, dit Chapotot, que « l'estomac saisi entre le foie et la rate tous deux plus résistants que lui, est forcé de s'aplatir plus ou moins et pour récupérer son volume normal, il s'effile, il s'allonge et bascule en bas, cherchant de l'espace dans la cavité abdominale, en même temps qu'il est refoulé à gauche par le foie plus lourd et plus volumineux que la rate. L'estomac tend ainsi à prendre une situation qu'il avait dans la vie intra-utérine. »

Il est facile de se rendre compte de cette action sur

un cadavre ouvert, dont les organes sont en place. En comprimant le thorax, à la façon du corset, on voit le foie chassé de sa loge, se déplacer sous le moindre effort en bas et en dedans, poussant la petite courbure et le pylore en bas et à gauche. L'estomac oscille autour du cardia qui demeure fixe.

En résumé, le corset peut disloquer l'estomac et déterminer les déformations que les radiographies allemands désignent sous le nom de « magenschnur ».

II. A côté de cette cause fréquente de déformation de l'estomac, on a pu, chez la femme, incriminer le relâchement de la paroi abdominale, à la suite des grossesses répétées. Cette paroi musculo-aponévrotique forme, à l'état normal, une sangle résistante, parfaitement élastique, qui maintient les viscères sans pourtant exercer sur eux de pression véritable. Ceux-ci sont maintenus à la paroi abdominale postérieure par des replis péritonéaux, mais ils ne sont pas supportés par eux. C'est la paroi abdominale antérieure et le plancher pelvien qui soutiennent les viscères en place; et qui, résistant, à l'action de la pesanteur, s'opposent à leur descente. Que cette paroi abdominale devienne insuffisante, par le fait d'une surdistension qui accompagne une grossesse, une ascite abondante, une grosse tumeur abdominale, les ligaments seront impuissants au maintien des viscères : on pourra observer une ptose de l'estomac.

Un amaigrissement rapide, la résorption des grands épanchements du péritoine pourront agir de même : il semble bien que les causes n'agissent pas seulement par surdistension et affaiblissement consécutif de la

paroi, mais aussi par diminution du contenu intra-abdominal.

III. On connaît la théorie de Glénard : les ptoses sont consécutives à une diminution de volume du contenu intra-abdominal, en particulier à la suite de la réduction du calibre de l'intestin : cœcum et côlon, ou à la suite de la disparition rapide de la graisse contenue dans la cavité abdominale. La masse gastro-intestinale représente un coussin élastique qui soutient les viscères de bas en haut. « Elle agit comme le ferait un ressort appuyé par sa convexité sur la paroi postérieure de l'abdomen et boutant par ses extrémités placées en avant contre la face postéro-inférieure du foie, contre les aponévroses hypogastriques de la paroi antérieure de l'abdomen en bas. » Quand le ressort diminue de tension, la ptose s'ensuit.

IV. Nous venons de voir quelles sont les causes habituelles de la dislocation que l'on pourrait qualifier d'essentielle, consécutive au port du corset, ou à la ptose généralisée. Il existe une dislocation secondaire qui complique la sténose du pylore. Celle-ci a été mise en évidence par Vautrin au Congrès de chirurgie de 1901 : il rapporte plusieurs observations de dislocations consécutives soit à une sténose cicatricielle, soit à une sténose néoplasique du pylore. On conçoit en effet que la stase des aliments occasionnée par l'obstacle entraîne dans certains cas une ectasie au niveau de l'antrum pylorique. La stagnation dans ce bas-fond stomacal est analogue à celle qui se fait dans le bas-fond vésical derrière une hypertrophie prostatique ; et la stase alimentaire dans un tel estomac

est comparable à la stagnation urinaire du prostatique. Il pourra résulter de cette stase « des tiraillements continus sur les attaches du pylore, une distension de ceux-ci et consécutivement un prolapsus qui s'accroîtra de plus en plus. »

V. Les différentes causes de dislocation que nous venons de passer en revue résument presque toute la pathogénie de cette ptose. Il est pourtant des cas dans lesquels il faut faire intervenir un autre facteur : il semble que certains malades par la conformation de leur thorax et de leur abdomen soient particulièrement exposés à la dislocation : celle-ci serait une affection congénitale.

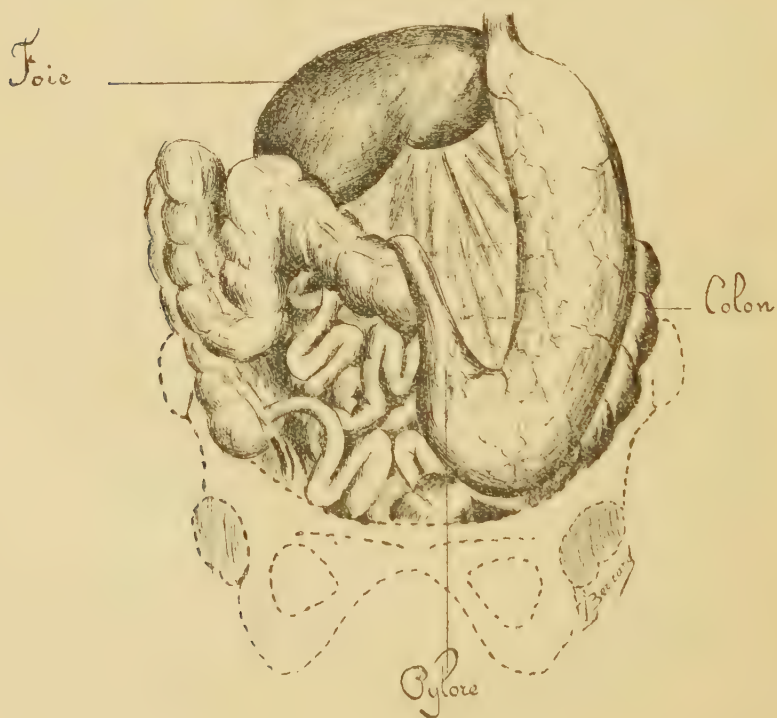
Ce fait a été signalé par Tuffier, Jonnesco, Soupault, Mathieu et tout dernièrement par M. Gayet.

Ces auteurs ont insisté sur la conformation du thorax chez certains sujets atteints de ptoses viscérales. Il s'agit souvent de sujets minces, élancés, à thorax étroit vers la base. L'angle xiphoïdien peut être diminué. Pour Mayer il est normalement de 35° ; chez l'homme atteint d'entéroptose il peut n'être plus que de 30°.

On comprend aisément que les organes suspendus au-dessous du diaphragme, foie, rate, estomac, ne trouvant pas place dans la cage thoracique émigrent en bas dans la cavité abdominale, en se déplaçant et en se déformant.

Stillier et Salisbury ont signalé la mobilité de la dixième côte, toujours fixe à l'état normal : ils la considèrent comme étant d'origine congénitale et accompagnant toujours la dislocation et la chute des

viscères. Son degré de mobilité serait même, d'après Stiller, proportionnel à la gravité de la ptose. On sait que ce signe n'a qu'une importance relative. Les recherches anatomiques de Tandler et Meinert ont montré que la dixième côte n'est presque jamais complètement fixée et qu'elle n'est rattachée qu'imparfaitement aux côtes supérieures. Mais chez un sujet normal fortement musclé, à parois abdominales fermes, il est difficile d'en percevoir l'extrémité antérieure et d'en apprécier la mobilité ; chez le sujet atteint de ptose en raison de l'amaigrissement et de la laxité des tissus, on la mobilise plus facilement en apparence que chez l'homme sain.



Il semble bien que l'influence congénitale ne se manifeste pas seulement dans la forme extérieure du thorax, mais aussi dans la disposition des viscères : c'est ce qui ressort du cas observé par M. le professeur agrégé Gayet (observation I) : il s'agissait d'un malade présentant un thorax très effilé à partir de la 6^e ou 7^e côte, lui donnant une « taille de guêpe ». La laparotomie montra des faits très particuliers (CF schéma) : le foie était petit, plaqué contre la colonne vertébrale et tout-à-fait médian. Dans l'hypocondre droit, rendu libre par le déplacement du foie, on trouvait les anses de la partie droite du côlon transverse plusieurs fois repliées. La partie gauche du côlon était en arrière de l'estomac qu'il fallut relever pour la voir. D'autre part, on constata que l'insertion du mésocôlon transverse, au lieu de croiser la portion descendante du duodénum et l'angle duodéno-jéjunal, se trouvait reportée en bas et à droite, laissant libre le duodénum qui lui-même était déplacé, sur le flanc droit de la colonne vertébrale.

Enfin, l'estomac dilaté et disloqué, se présentait sous la forme d'un cylindre vertical très distendu, mais à parois épaisses ; de gros vaisseaux rampaient à sa surface. Il avait un peu l'aspect « de ces gros intestins congénitalement hypertrophiés auxquels on donne le nom de mégacôlon » (Gayet).

En présence de cette conformation particulière du thorax, en raison de cette situation médiane du foie, de cette forme de gros boyau cylindrique et vertical qu'affecte l'estomac, il semble bien que l'on puisse penser à une origine congénitale de l'affection.

On sait que l'estomac est primitivement vertical et rectiligne. Il change doublement d'orientation. Il tourne d'abord autour d'un axe sagittal, passant à peu près par l'origine aortique du tronc cœliaque, de façon à orienter en arrière sa face droite, en avant sa face gauche, ce qui rend droit son bord ventral et gauche son bord dorsal ou grande courbure.

Il se fait aussi une rotation autour d'un axe antéro-postérieur qui fait regarder sa petite courbure en haut et à droite, la grande courbure en bas et à gauche.

Ce double mouvement de rotation peut faire partiellement défaut. Il se passerait peut-être quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans les cas de torsion incomplète de l'anse intestinale.

En résumé, il nous semble qu'à côté des dislocations dues aux causes habituellement citées, il faut faire une place à l'origine congénitale. Peut-être, comme le dit Soupault, doit-on incriminer avant tout une disposition congénitale que les diverses circonstances étiologiques ne font qu'aggraver.

CHAPITRE III

Symptômes et Diagnostic

Les symptômes des dislocations sont :

A. — Des signes physiques.

B. — Des symptômes fonctionnels.

Nous les étudierons successivement.

A. — *Signes physiques*

Ils sont tirés de l'inspection, de la palpation, de la percussion, de l'auscultation, de la radioscopie, du cathéterisme.

I. En découvrant le malade, on pourra constater dans certains cas les déformations signalées, l'étroitesse du thorax, les modifications de l'angle xiphoïdien.

Si le sujet est amaigri et si la dislocation est accentuée, on est frappé, à l'inspection de l'abdomen, par

la dépression du creux épigastrique qui n'est plus soutenu par la paroi antérieure de l'estomac, contrastant avec le ballonnement de la région épigastrique. Le fait est surtout net quand le sujet est debout et qu'on le regarde de profil.

L'inspection permet enfin de voir parfois des ondes péristaltiques.

II. La palpation donnera des indications exactes chez un malade amaigri et pas trop fortement musclé. Elle sera particulièrement facile chez le sujet souffrant en même temps d'entéroptose et ayant de l'atonie de la paroi abdominale.

On palpera successivement l'estomac, puis les autres viscères.

La palpation ne peut guère, à elle seule, nous renseigner sur les dimensions et la forme de l'estomac. Pour tirer de cette méthode tout le résultat utile, il sera bon de s'aider de l'insufflation ou du remplissage de l'estomac avec un liquide. Il sera possible, alors, grâce à la palpation profonde, en se servant du procédé de glissement conseillé par Glenard, de sentir le relief formé par l'extrémité inférieure de l'organe, de dessiner même le contour de l'estomac ectasié avec rétention alimentaire.

On pourra, dans certains cas, sentir le pylore prolabé que l'on découvre « par un relief particulier qui s'accuse encore davantage quand il existe une sténose »

La palpation donnera des renseignements sur la situation du foie, du rein, de la rate, des organes génitaux, tous organes qui peuvent être ptosés.

III. La percussion nous donne des renseignements

très précieux ; c'est la percussion, aidée de la radioscopie, qui permet, le plus souvent, de porter le diagnostic de dislocation. On fera cette percussion avec un soin tout particulier. On évitera donc de confondre la sonorité gastrique avec la sonorité pulmonaire en haut, avec la sonorité intestinale en bas. Mais comme ces différences de tonalité sont souvent difficiles à percevoir, on pourra les rendre plus évidentes, soit en diminuant la sonorité gastrique, soit, au contraire, en l'augmentant. Pour diminuer la sonorité gastrique, on aura recours, par exemple, à l'ingestion d'eau simple, comme l'ont préconisé Penzoldt et Dehio, ou bien on introduira dans l'estomac un ballonnet plein d'eau. Pour rendre l'estomac plus sonore, on se servira de poudres gazogènes, ou de l'insufflation. L'insufflation avec une simple poire de Richardson nous paraît être, en particulier, un procédé recommandable par sa simplicité. Que nous apprend-elle ?

A l'état normal, l'estomac insufflé soulève le creux épigastrique ; la grande courbure se dessine sous la paroi abdominale, s'abaissant à mesure que l'épigastre est distendu. La petite courbure, cachée sous la face profonde du foie, ne se voit pas et ne peut pas être délimitée par la percussion.

Dans le cas de dislocation, au contraire, le creux épigastrique est vide. L'estomac abaissé ne le soulève plus. La petite courbure verticale dessine sa courbe plus ou moins bas, suivant les cas. La grande courbure est toujours facile à délimiter. On peut alors, par la direction de la grande et de la petite courbure, donner approximativement la situation du pylore, que l'on

trouve abaissé et reporté à gauche. A gauche de la ligne médiane, l'insufflation met en évidence une saillie plus ou moins développée en hauteur, qui correspond à la région prépylorique distendue.

Il est un procédé spécial de percussion qui peut nous rendre de grands services : c'est la succussion digitale : elle a pour but de rendre perceptible le bruit de clapotage. On le recherchera en allant progressivement de haut en bas et de gauche à droite jusqu'à ce qu'on ne le perçoive plus. S'il est perçu deux heures après le repas, et au-dessous d'une ligne passant par la base des cartilages des neuvièmes côtes, on pourra en tirer des données utiles sur la présence de liquide de rétention et aussi sur la situation et le volume de l'estomac, d'après le niveau perçu.

Il faudra bien se garder, dans la recherche de ce symptôme, de confondre les bruits qui se produisent dans l'estomac avec ceux qui peuvent naître dans le côlon transverse. On pourra les différencier par le timbre plus humide des gargouillements intestinaux, et surtout par le cathétérisme et le gonflement artificiel. Le clapotage gastrique cesse quand on évacue ou quand on gonfle artificiellement l'estomac.

Nous n'insisterons pas sur la recherche du bruit de succussion gastrique, qui peut servir à confirmer les données de la méthode précédente.

IV. L'auscultation donne fréquemment chez la femme la perception de bruits gastriques rythmés par la respiration, bien étudiés par Bouveret. « On peut entendre, dit-il, dans les cas de dislocation, deux

bruits ou plutôt deux séries de gargouillements inspiratoires et expiratoires, tantôt légers et transitoires, tantôt assez intenses et durables pour incommoder la patiente et son entourage. Le bruit inspiratoire est un bruit plus court, quelquefois unique, le plus souvent, cependant, composé de deux ou trois gargouillements à timbre amphorique, donnant assez bien la sensation de la chute brusque d'une masse de liquide dans un milieu contenant déjà des gaz et des liquides. Au moment de l'expiration, le bruit est plus prolongé, va en s'affaiblissant, mais est toujours composé de plusieurs gargouillements. ».

Ces bruits disparaissent dans la position du décubitus dorsal; ils disparaissent quand on supprime la constriction par le corset, quand les mouvements de la respiration s'arrêtent ou diminuent, enfin, par une compression énergique de la région hypogastrique.

Bouveret considère que ces bruits se passent dans un estomac en dislocation verticale et étranglée vers sa partie moyenne par une constriction extérieure : il en résulte la formation de deux poches qui communiquent : les liquides et les gaz, en passant à travers l'orifice rétréci, donneraient naissance à un gargouillement rythmé par la respiration.

Nous avons retrouvé, dans l'observation de M. Gayet, l'indication de ce symptôme,

V. Il nous reste à étudier les résultats de deux procédés d'exploration physique très importants : le cathétérisme et la radioscopie.

Le sondage nous permet d'étudier les qualités du suc gastrique, ce qui n'a pas d'importance primordiale

pour le diagnostic de dislocation (on a trouvé de l'hyper et de l'hypochlorhydrie). Mais il nous donne avant tout des renseignements précis sur la motricité de l'estomac. Ce qui nous intéresse avant tout, ce n'est pas la forme anatomique de l'estomac, son degré de dislocation, mais c'est son fonctionnement, son mode d'évacuation. L'estomac se vide-t-il quatre à cinq heures après le repas de façon complète? On pourra le rechercher, soit en donnant un repas d'épreuve et en constatant par le cathétérisme à quel moment l'évacuation est complète, soit en passant le tube de sondage le matin à jeun et en recherchant s'il y a ou non du liquide, des débris alimentaires : on pourra, dans ce dernier cas, affirmer qu'il y a stase alimentaire : c'est ce qu'on a pu, par exemple, constater chez le malade de M. Gayet (observ. I), l'exploration à jeun permit de retirer « 600 grammes d'un liquide louche blanchâtre à odeur de vin blanc fermenté, contenant des fragments de pain et de croûte ». L'importance de ce diagnostic de rétention et de stase est grande pour poser l'indication d'une intervention.

VI. La radioscopie complète heureusement les données fournies par les méthodes précédentes.

L'ingestion de sel de bismuth, en suspension dans de l'eau ou mieux dans un liquide alimentaire, nous permet de dessiner les contours de l'estomac et d'étudier comment il se vide.

L'estomac normal se montre constitué par trois segments.

Le premier représenté par la zone supérieure sous-diaphragmatique, de forme ovoïde, sphérique, ou en dôme, selon les cas : c'est la chambre à air ;

Le deuxième est vertical ou oblique à droite : c'est le segment long ;

Le troisième est horizontal ou légèrement ascendant, ou légèrement descendant vers la droite : c'est le segment juxtapylorique.

Les deux dernières portions réunies forment ce que Leven et Barret appellent la portion tubulaire.

Dans son ensemble l'estomac est en forme de crochet (Rieder), de corne de taureau (Holzknecht), de siphon (Grædel III) ; dans la position couchée, il a pour ce dernier auteur, la forme de sandale. Les différences d'interprétation, légères du reste, portent sur la présence ou l'absence d'un petit cul-de-sac dans la région prépylorique.

L'étude radioscopique d'un estomac disloqué devra porter sur le segment tubulaire, sur la portion pylorique, le segment juxtapylorique, ce qui nous permettra de constater : l'allongement général de l'estomac, la pyloroptose, l'ectasie du sac gastrique.

L'examen de la portion descendante montre que celle-ci est allongée. Rieder a démontré que cette disposition est assez fréquente chez l'homme à taille élancée et chez la femme qui porte corset. Si la dilatation accompagne la dislocation, nous avons un autre aspect : normalement le segment tubulaire présente deux bords, l'un droit, l'autre gauche, sensiblement parallèles : nous pouvons voir dans le cas d'ectasie, une sorte d'étranglement ou de retrécissement qui divise la portion descendante en deux cavités secondaires, chacune en forme d'entonnoir : les deux entonnoirs se correspondent par leur extrémité retrécie.

Cet aspect biloculaire est dû seulement d'après Leven et Barret, à la traction exercée par un segment inférieur plein de liquide. Il peut être différencié d'une biloculation permanente : « En soulevant la partie inférieure de l'estomac, on refoule de bas en haut avec la main son contenu qui passe à travers le segment rétréci et on lui rend sa largeur réelle primitive ». Dans l'estomac biloculaire vrai, le calibre du point rétréci n'est pas modifiable.

Pour faire le diagnostic de pyloroptose, d'après Grædel III, on ne se basera pas seulement sur la situation basse du pylore, mais avant tout sur sa mobilité dans les changements de position, enfin sur la forme de l'estomac dans les différentes positions du sujet.

Chez le sujet normal, le pylore ne varie pas avec les attitudes. Sur le sujet atteint de pyloroptose, le pylore s'élève quand on fait passer le sujet de la position debout à la position couchée.

D'autre part, pour le même auteur, sur le sujet atteint de ptose, la forme de l'estomac est invariable : chez le sujet normal, l'estomac prend, dans le décubitus la « forme en sandale ».

On examinera en troisième lieu, le segment juxtapylorique. Pour Rieder et Grædel III, il existe toujours normalement dans cette région un petit cul-de-sac de profondeur variable : il est particulièrement fréquent de le rencontrer chez la femme qui porte un corset. La présence de ce cul-de-sac est du reste parfaitement compatible avec un bon fonctionnement de l'estomac. Il ne devient pathologique que s'il est accentué et surtout s'il s'accompagne de rétention.

Il sera donc utile de rechercher cette ectasie : on pourra le faire par l'étude du mode de remplissage de l'estomac. L'épreuve du bismuth lycopodé permettra de reconnaître la présence de liquide de stase.

Leven et Barret ont posé la loi suivante : « L'estomac dilaté se remplit comme un vase inerte. L'estomac normal adapte constamment ses parois à son contenu. » Ces auteurs ont montré que si l'on fait ingérer à un sujet normal un lait de bismuth « le niveau auquel il s'élève dans la portion tubulaire, reste sensiblement le même quand le sujet absorbe de 30 à 200 centimètres cubes ». Au contraire, l'estomac est-il ectasié, le remplissage se fait comme dans un ballon de verre, et le niveau ne s'élève que proportionnellement à la quantité absorbée. « Il faut plusieurs centaines de grammes pour atteindre le niveau auquel s'élèvent 30 grammes d'eau dans un estomac normal. »

Enfin la radioscopie a permis à ces mêmes auteurs de voir, sans le secours du cathétérisme, la présence ou l'absence du liquide de rétention. Ils font ingérer à sec de la poudre de bismuth lycopodé : elle donne sur l'écran une ligne noire horizontale qui fixe le niveau atteint par le liquide gastrique. Si l'on fait exécuter au malade des mouvements brusques, la ligne noire subit de très nettes oscillations.

B. — *Symptômes fonctionnels*

Ils sont très variables suivant les sujets et suivant le degré de dislocation. Ce sont des symptômes locaux et des symptômes généraux.

Les symptômes locaux sont la conséquence des phénomènes mécaniques : modifications dans la statique abdominale ou de l'insuffisance motrice de l'estomac.

Les symptômes généraux sont des phénomènes nerveux réflexes et des troubles de la nutrition générale.

Etudions les successivement.

I. *Les symptômes locaux* n'existent pas dans tous les estomacs disloqués verticalement. Il faut à ce point de vue faire la division en estomac disloqué simple et l'estomac disloqué, ectasié et rétentionniste.

Dans la première forme les symptômes fonctionnels manquent souvent. Quand ils existent ils sont vagues : après le repas, une femme le plus souvent qui porte un corset serré, accuse du ballonnement, de la plénitude à l'épigastre, des éructations, quelques régurgitations acides, en même temps qu'elle a des palpitations, des bouffées de chaleur à la face. Ces phénomènes disparaissent quand le corset est enlevé. Il n'y a pas de modifications de l'état général : les digestions se font toujours ; il n'y a pas de troubles de la motilité gastrique.

Quand le bas-fond de l'estomac s'allonge et que le muscle stomacal se laisse dilater, les troubles fonctionnels se précisent : une rétention légère d'abord, puis permanente s'installe.

Les troubles observés sont des troubles tardifs : ils éclatent avec une intensité variable 3 ou 4 heures après le repas, et succèdent souvent au ballonnement de la première digestion ; ils traduisent la difficulté du transit des aliments. Tantôt il s'agit seulement de crampes à l'épigastre, tantôt il s'agit de véritables

coliques abdominales très violentes, irradiées parfois à tout l'abdomen et qui sont rendues visibles dans certains cas par les contractions péristaltiques de l'organe (Observation I de M. Gayet).

Cette douleur tardive s'accompagne souvent de pyrosis, de régurgitations, d'éruclatations. Plus rarement les vomissements surviennent. Dans certaines formes ils sont abondants et tenaces ; l'intolérance de l'estomac, qui est souvent au début élective pour le lait (Glénard) peut devenir absolue (observation de Vautrin, de Hartmann). Vautrin a signalé le cas très curieux d'un malade qui présentait des vomissements intermittents. L'examen somatique faisait constater avant la « crise de vomissements » une dislocation du pylore avec énorme dilatation de l'estomac ; après d'abondants vomissements, l'estomac reprenait des dimensions et une situation normales : la dislocation verticale était intermittente.

Les vomissements sont le plus souvent alimentaires. Mais ils peuvent être bilieux et ce fait à une certaine importance pour établir le diagnostic de la coudure duodénale. Pour Vautrin, les vomissements bilieux incoercibles sont caractéristiques de la dislocation verticale. Il cite le cas (observation V) d'un malade opéré qui présentait à des heures indéterminées « d'abondantes évacuations d'un liquide verdâtre, mélangé de mucosités et de débris alimentaires. La bile, en abondance variable, leur donnait une coloration plus ou moins brune. Certains contenaient exclusivement de la bile. Les vomissements étaient précédés de crampes vives au creux épigastrique, d'une sensation de plénitude pénible et de bouche amère et acide. »

Signalons encore l'observation de M. le Professeur Weil : une malade se plaint d'abondantes régurgitations bilieuses, sans nausées, sans effort, suivies à bref délai d'une intolérance absolue de l'estomac, de céphalalgie, d'insomnie et d'amaigrissement rapide. Il s'agit vraisemblablement de coudure du duodénum entraînant le reflux de la bile dans l'estomac. Le port d'une sangle de Glénard la guérit de façon immédiate et définitive.

L'appétit peut rester bon longtemps : pourtant certains malades réduisent leur alimentation pour ne pas augmenter leurs malaises par des repas copieux. Dans certains cas, l'appétit disparaît par suite du progrès de la gastrite qui accompagne la stase.

Les troubles intestinaux sont fréquents : ce qui domine, c'est la constipation, avec souvent production de fausses membranes.

D'autres phénomènes locaux peuvent se surajouter à ceux de la dislocation verticale : ce sont ceux dus à la ptose généralisée concomitante : sensations abdominales vagues et variables, douleurs lombaires, dorsales, iliaques ; sensations de tiraillement à l'épigastre, aggravées par les secousses de la marche et la station verticale, calmées au contraire par le repos et le décubitus horizontal.

II. *Les troubles nerveux généraux* sont multiples : ce sont de la faiblesse, des vertiges, de l'inaptitude au travail, des insomnies, de la céphalée, des phobies, tous phénomènes dus peut-être à une action réflexe partie du sympathique abdominal irrité et tiraillé par le viscère déplacé.

III. *Les troubles de la nutrition* peuvent être la conséquence soit de l'alimentation insuffisante, soit au contraire de l'élaboration de poisons dans la poche gastrique. L'amaigrissement peut être très marqué : le malade de Hartmann avait perdu 20 kilogrammes.

Un des malades opéré par M. le professeur agrégé Gayet présentait du délire d'inanition et des phénomènes d'auto-intoxication caractérisés par des crises de tétanie avec mouvements convulsifs des bras et de la tête.

En résumé, ces symptômes fonctionnels, ne présentent pas le plus souvent un ensemble très caractéristique, exception faite peut-être des vomissements bilieux à répétition qui traduisent l'existence de la sténose duodénale.

Il faudra se baser avant tout sur les signes physiques pour faire le *diagnostic différentiel*.

Le diagnostic devra être fait avec la sphachnoptose totale qui présente avec la dislocation des signes fonctionnels communs.

La gastroptose totale pourra être reconnue par la percussion : la limite supérieure de la sonorité gastrique ne sera perçue que au-dessous du cinquième espace intercostal — sa limite normale.

L'hyperchlorhydrie et la maladie de Reichmann ont des signes fonctionnels qui rappellent ceux de sa dislocation, mais les signes physiques sont différents.

Quand l'estomac sera devenu retentionniste, il faudra différencier la dilatation due à la sténose pylorique de celle qui est due à la dislocation, ou à la dilatation essentielle. Le meilleur caractère différentiel sera

l'abaissement de la petite courbure et la déviation du pylore.

Ajoutons quelques mots du *pronostic* : l'affection n'est pas grave à un premier degré : certaines femmes avec un estomac abaissé n'ont jamais eu de troubles digestifs sérieux et durables ; mais cette déformation favorise le développement de plusieurs affections gastriques et en aggrave le pronostic.

Quand la dislocation verticale se complique d'ectasie, elle s'accompagne de douleurs continues, de vomissements, de troubles de la nutrition parfois très graves, qui peuvent entraîner la cachexie et l'inanition.

CHAPITRE IV

Traitement

L'étude anatomique et clinique nous a permis de différencier la dislocation simple, sans troubles digestifs durables et surtout sans retentissement sur l'état général, de la dislocation qui s'accompagne d'ectasie, de rétention, et de phénomènes généraux plus ou moins graves.

Nous étudierons le traitement dans ces deux formes.

I. — *Traitement de la dislocation non compliquée de rétention.* — Le traitement sera purement médical. Il doit remplir plusieurs indications : supprimer la cause, corriger les effets de la mauvaise position de l'estomac et de sa déformation pour prévenir la rétention.

Le corset, nous l'avons vu, est une cause fréquente de dislocation; mais il sera bien difficile d'imposer la suppression de cet accessoire de toilette. Il nous semble, du reste, que le corset droit, bien construit, peut

répondre aux exigences de l'hygiène et de l'esthétique. Le but du corset droit n'est plus d'accuser le relief des hanches par une constriction énergique de la taille, mais au contraire, de mouler harmonieusement les inflexions naturelles du corps. Il y a plus : le corset droit est un corset abdominal : il agit un peu comme une sangle par la légère compression qu'il exerce sur l'abdomen.

Ce n'est que dans les cas de dislocation accentuée que l'on pourra remplacer le corset par « une ceinture sous-mammaire large et flottante, maintenue par des bretelles sur les épaules, comparable à la brassière des enfants, ceinture à laquelle sont fixées les diverses pièces du vêtement ». (Bouveret.)

Le traitement médical doit, avant tout, chercher à faciliter l'évacuation de la poche sous-pylorique pendant les périodes digestives et à diminuer la capacité de celle-ci. Il faut, dans ce but, recommander aux malades le repos et le port d'une ceinture. De plus, l'alimentation sera réglée.

1° Si les douleurs sont continues ou si elles s'accompagnent de troubles nerveux graves, on prescrira le repos au lit et on le prolongera plusieurs semaines, s'il y a lieu ; dans la position du décubitus, l'estomac est moins tiraillé par la masse alimentaire et l'évacuation se fait plus facilement. Dans les cas légers, on recommandera aux malades de s'étendre après les repas seulement : au moment où le péristaltisme devient douloureux et s'exagère, traduisant la lutte de l'estomac contre l'obstacle à vaincre, le malade prendra le décubitus dorsal : le siège sera soulevé par un coussin ;

le tronc sera incliné sur le côté droit. Ce procédé a donné de bons résultats à Bouveret.

2° Une autre prescription importante, c'est le port d'une ceinture. En soulevant la partie inférieure de l'estomac qu'elle ramène près des côtes, elle diminue la profondeur du cul-de-sac prépylorique. Elle atténue ou supprime la coudure pyloro-duodénale. Enfin elle traite les autres ptoses viscérales qui peuvent exister.

Pour être efficace, la sangle doit produire le soulèvement de la masse intestinale de bas en haut et la maintenir dans cette position.

On a créé, dans ce but, plusieurs appareils.

Le plus simple est fait d'une bande de crêpe Velpeau, large de 20 centimètres environ, enroulée plusieurs fois autour de l'épigastre et épinglée verticalement pour qu'elle ne s'enroule pas en corde.

Il est d'autres appareils plus compliqués; le plus connu est la sangle de Glénard : « C'est une bande de tissu ferme et résistant, large de 12 à 15 centimètres, de longueur variable suivant la circonférence abdominale du sujet. L'une des extrémités est munie de deux larges boucles, l'autre de deux courroies. Ces deux courroies s'engagent dans les boucles, fixent l'appareil en place et permettent de régler la compression. Le plein de la sangle est appliqué sur l'hypogastre, de façon que le bord inférieur en atteigne ou même dépasse un peu le bord supérieur du pubis. Elle contourne ensuite la région latérale, recouvre les épines iliaques, puis est bouclée en arrière ».

La contention est encore assurée par des sous-cuisses, complément indispensable et qui empêche le

déplacement par en haut. Ce sont des tubes de caoutchouc munis d'une ficelle intérieure.

On a fait un reproche à la sangle de Glénard ; on l'a accusée d'être inefficace chez les personnes amaigries ; chez elles, en effet, le bourrelet graisseux de la paroi abdominale inférieure ayant disparu, la sangle n'a plus de point d'appui efficace ; celle-ci agira bien pour refouler l'intestin à la partie postérieure de la cavité abdominale, mais la masse intestinale ne sera pas remontée et la ptose stomacale ne sera pas corrigée.

On peut parer à cet inconvénient par l'adjonction d'une pelote.

Le docteur Rotgans, d'Amsterdam, utilise une grosse pelote, construite comme celle d'un bandage herniaire et qui a pour point d'appui le bas ventre. Elle est fixée par deux ressorts d'acier qui appuient sur le sacrum ; ceux-ci ont une torsion telle que la pelote ne comprime pas les organes abdominaux en arrière, mais les relève vers la partie supérieure de la cavité abdominale.

Il construit cet appareil après avoir mis en place une ceinture plâtrée autour du ventre et du bassin. La main déprime le plâtre immédiatement au-dessus de la symphyse en refoulant avec force sur la plus grande surface possible les organes abdominaux vers le haut. D'après la forme du moule, on donne à la pelote un volume et une direction convenables.

Rovsing utilise le bandage de Vermehren. Il est essentiellement constitué par une pelote dont la grosseur et la grandeur varient suivant le degré de ptose et le relâchement de la paroi abdominale et qui est

maintenue appliquée contre l'hypogastre par de larges bandes élastiques. Celles-ci passent autour du bassin entre la crête iliaque et le grand trochantier et se fixent sur la partie dorsale du bandage. Un avantage important de ce bandage, c'est qu'il se lace et se délace en avant.

Un instrument ingénieux a été établi par le docteur Enriquez, sous le nom de « pelote hypsogastrique ». C'est une pelote pneumatique que l'on peut distendre plus ou moins suivant le besoin. La cavité pneumatique est formée par des lames de tissu caoutchouté imperméable dont les faces s'écartent et se rapprochent suivant la quantité d'air introduite dans sa cavité. Cette pelote a la forme d'un fuseau, pour agir plus efficacement au centre que sur les côtés. D'autre part, comme elle est élastique, elle se modèle très bien sur tous les abdomens. On peut l'adapter à toutes les ceintures ; le docteur Enriquez en a proposé une, combinaison de ceinture et de corset. La ceinture est faite de tissu élastique, mais de tissu à élasticité différente suivant les points : la portion médiane qui répond à la pelote est moins souple que les parties latérales ; elle est doublée intérieurement par un tissu non élastique et renforcée par deux baleines en éventail. Elle résiste ainsi au gonflement de la pelote qui se distend surtout en arrière, s'enfonçant comme un coin dans la direction de la cavité abdominale, pour soulever et maintenir tout le paquet gastro-intestinal.

Les parties latérales ne sont pas doublées. Elles sont cousues en arrière au corset, avec lequel elles se continuent. En avant, elles sont reliées à la portion

médiane par des lacets qui permettent le serrage de la ceinture.

La sangle est maintenue en place par des sous-cuisses ou des jarretelles.

Le corset est droit, de forme ordinaire : sa carcasse est faite de plusieurs pièces réunies par des lacets. Il est muni, pour le serrage, de lacets postérieurs et latéraux.

La mise en place d'une bonne ceinture est souvent suivie d'un grand soulagement ; les douleurs, les symptômes dyspeptiques s'amendent. Mais, pour obtenir le maximum d'action, il est très important de préciser aux malades comment ils doivent fixer leur ceinture : ils la mettront au lit, le siège étant légèrement élevé, pour que les organes soient remontés vers le haut de l'abdomen. D'autre part, elle occupera la région sous-ombilicale, immédiatement au-dessus du pubis. Fixée à l'ombilic, elle serait inutile ou même dangereuse. Enfin, elle sera placée directement sur la peau. On pourra s'aider de la radiographie pour s'assurer d'une bonne mise en place de la ceinture (Enriquez).

3° Le régime alimentaire doit être l'objet de soins particuliers. Le régime doit être mixte : le lait est, en général, très mal supporté. Les aliments seront pris très divisés et dépouillés des débris cellulux qui résistent à l'action du suc gastrique. Seront autorisés les potages, les œufs, les féculents, les purées, les pâtes, la viande grillée ou rôtie. Seront interdits les sauces, les ragouts, les graisses, les aliments fermentés ou fermentescibles, les crudités.

Ces aliments seront répartis en plusieurs repas peu copieux pour éviter la surcharge de l'estomac. La mastication sera prolongée.

Les boissons seront prises en quantité restreinte.

L'alimentation ne doit pas seulement être suffisante. Elle doit permettre la suralimentation. Celle-ci a une double influence : locale, en permettant « l'engraissement abdominal » qui renforce la tension de l'abdomen ; générale, en relevant les forces et tonifiant le système nerveux.

4° On n'oubliera pas de faire le traitement symptomatique de la constipation.

II. — *Traitement de la dislocation compliquée de rétention.* — Il est médical le plus souvent. Il peut être chirurgical dans certains cas.

Le traitement médical doit réaliser les indications suivantes : il doit chercher à exciter ou à maintenir la tonicité du muscle gastrique et prévenir ou combattre les phénomènes d'intoxication possibles.

Quand ces moyens auront échoué, l'indication du traitement chirurgical se pose dans certains cas que nous aurons à discuter.

On peut chercher à augmenter la tonicité du muscle gastrique par différents moyens : le massage abdominal, l'hydrothérapie, l'électrisation, les médicaments.

Le massage abdominal est un excitant efficace ; d'une part il favorise l'évacuation de l'estomac, en réveillant la tonicité de l'estomac et de l'intestin, d'autre part, pour Bouveret, il pourrait produire « une rétraction des ligaments suspenseurs affaiblis ». Il sera

toujours pratiqué avec prudence : on utilisera seulement les frictions et malaxations, et non pas des tapotements qui peuvent produire des phénomènes réflexes très graves. Il sera proscrit si l'on soupçonne l'existence d'un ulcère.

L'hydrothérapie pourra être employée dans les cas d'atonie gastrique et de phénomènes neurasthéniques ; on pourra donner des douches froides en pluie de durée très courte et les faire suivre de massage, ou seulement faire des enveloppements dans le drap mouillé, suivis d'essuyage et de frictions. Il faudra en user avec prudence chez les malades affaiblis.

L'électrisation de l'estomac peut se faire avec le courant faradique ou le courant galvanique, de préférence avec le faradique. Les électrodes sont placées, l'une, la positive, au niveau des apophyses épineuses qui correspondent au cardia, l'autre, la négative, en avant, au niveau de l'épigastre. La force du courant varie de 5 à 20 milli-ampères. On peut faire des séances d'électrisation avant les repas et les prolonger de 10 à 20 minutes. On les répète tous les jours, ou à de plus longs intervalles.

On a enfin utilisé quelques *médicaments* qui agissent sur les fibres musculaires lisses : ergot de seigle, noix vomique, strychnine.

Dans un estomac dilaté et retentionniste, il peut se passer des fermentations anormales que l'on essaie de combattre par des lavages d'estomac et par l'emploi de substances antiseptiques.

Le lavage d'estomac combat les fâcheux effets de la rétention : il supprime la douleur et il débarrasse l'es-

tomac des matières de stase. Il faudra toujours être réservé dans l'emploi de ce moyen dont l'usage répété peut entraîner une dénutrition rapide.

Les diverses substances antiseptiques utilisées pour prévenir les fermentations anormales ont pour but d'entraver l'activité des ferments figurés, cause de ces fermentations : les plus employées sont le naphthol, le menthol, l'eau chloroformée, le salol, le benzonaphthol, le fluorure d'ammonium. Ces substances ont souvent l'inconvénient de modifier et d'entraver l'action des ferments digestifs.

Les divers traitements que nous venons de résumer sont ceux qui sont essayés dans toute dilatation gastrique qui se complique de rétention. Il pourront être essayés dans les cas de dislocation. Mais ils ne donnent souvent que les résultats d'un traitement palliatif : il est des obstacles que le traitement médical ne peut lever. L'indication d'une intervention peut se poser : il y a des indications absolues et des indications relatives à une intervention.

Une première indication se pose de façon absolue : c'est celle d'une dislocation verticale compliquée de sténose pylorique cicatricielle ou néoplasique. Un rétrécissement du pylore est une cause suffisante d'intervention ; à plus forte raison faut-il opérer quand il y a dislocation, prolapsus exagéré de la partie terminale de l'estomac.

Il est d'autres conditions plus discutées pour l'intervention, mais qui nous paraissent non moins absolues : c'est quand on se trouve en présence de malades qui maigrissent et qui s'épuisent progressivement. Ces

malades ont souvent un long passé gastrique. Ils ont suivi des régimes, ont porté des bandages : ils se sont fait des lavages d'estomac. Pourtant ils souffrent, ils vomissent, ne s'alimentent plus, perdent du poids. Et dans certains cas demandent à être opérés. Nous croyons que de tels malades — traités souvent comme des nerveux — doivent être opérés. Ces malades affaiblis et qui font de la stase, sont en effet exposés, soit à des accidents d'intoxication par un séjour prolongé des matières alimentaires dans une poche où se font des fermentations secondaires, soit à l'épuisement et à la mort par inanition, par dénutrition extrême.

Il y a des limites qu'il ne faut pas atteindre. Il ne faut pas envoyer au chirurgien un malade cachectisé et en état de tétanie.

Certains auteurs sont plus interventionnistes. Jonnesco, Montprofit. « Il faut opérer, dit Montprofit, aux premières douleurs, aux premières luttes d'un estomac qui commence à vaincre difficilement la résistance d'un pylore contracté, aux premiers troubles d'une dilatation stomacale légère. »

Rovsing distingue chez la femme, les ptoses virginales, des ptoses qui existent chez les femmes qui ont accouché.

Le groupe virginel correspond pour lui aux cas qui exigent l'opération dans la majorité des cas. « La ptose dans l'abdomen étroit des vierges, dit-il, cause toujours des troubles sérieux et des douleurs atroces, pendant que l'abdomen spacieux à parois flasques des femmes qui ont accouché permet des ptoses viscérales considérables sans troubles ou douleurs importantes pour la femme »,

Les ptoses des femmes qui ont accouché seront soulagées suffisamment par un bandage rationnel. Mais ce traitement est sans effet chez les malades du groupe virginel : la paroi abdominale ferme et musclée des vierges empêchera une pression effective de la pelote sur le contenu de l'abdomen.

Le problème thérapeutique est encore compliqué par ce fait que la gastropiose peut s'accompagner de ptoses d'autres viscères : la question de l'intervention chirurgicale est des plus discutables dans ces cas : il s'agit de malades qui ont des tiraillements et des douleurs de tous côtés, à l'épigastre, dans le dos, dans le bas-ventre, dans les aines, dans les cuisses. Il est le plus souvent bien difficile de déterminer le point de départ des souffrances endurées par les malades. Tenter la cure chirurgicale de la gastropiose serait s'attaquer à un symptôme isolé de la maladie, ou alors, il faudra s'adresser tour à tour aux organes ptosés : foie, rein, colon transverse; et les fixer à la paroi abdominale qu'il faudra renforcer dans certains cas par une opération plastique. Le plus souvent le résultat sera nul.

L'indication sera donc plutôt de donner un soutien artificiel aux organes abdominaux par le port d'une ceinture. Nous croyons cependant qu'une fixation de l'estomac pourra être tentée quand les manifestations provoquées par la dislocation verticale prennent une gravité particulière et prédominent dans la symptomatologie : dans ces cas de ptose vraiment chirurgicale, le chirurgien pourra intervenir avec chance de succès.

En résumé, il nous semble que la dislocation est jus-

ticia ble dans certains cas d'une intervention : elle sera indiquée chez les malades qui n'ont pas retiré de bénéfice d'un traitement médical suivi, chez ceux dont la dislocation se complique de rétention et de phénomènes généraux graves, dans tous les cas d'obstacle au pylore. Enfin l'indication d'une intervention peut se poser quand la gastropose coïncide avec la ptose d'autres viscères.

Quelle sera l'intervention ? Nous avons vu que l'estomac en dislocation à la période chirurgicale est un estomac ptosé, dilaté et rétentionniste. Pour lutter contre ces trois éléments, on a proposé trois sortes d'opérations : les unes s'adressent uniquement à la ptose : ce sont les gastropexies, d'autres à l'ectasie : ce sont les gastroplications, d'autres à la stase et à la gastrite : ce sont les gastro-entérostomies.

Nous allons étudier rapidement ces opérations et montrer comment on doit les combiner pour établir une thérapeutique rationnelle.

La gastropexie est une opération qui consiste à fixer l'estomac dans le but de l'empêcher de tomber davantage dans l'abdomen ou de le maintenir dans le haut de cette cavité à l'aide de divers artifices opératoires.

L'indication d'une fixation de l'estomac avait déjà été posée par Bouveret en 1893 : « Lorsqu'il est démontré, dit-il, que l'abaissement de la région pylorique et la traction de l'estomac compromettent de plus en plus la perméabilité de l'orifice gastro-duodénal, l'indication théorique serait assurément de remonter le pylore

et de le fixer dans une position plus favorable à l'évacuation du chyme dans l'intestin. Je ne crois pas que la pyloropexie ait jamais été tentée. Serait-elle possible ? je sou mets la question aux chirurgiens compétents ».

L'opération de la gastropexie a été exécutée par Duret, en 1895, pour la première fois.

Il existe actuellement deux grandes variétés de gastropexie :

1° La gastropexie directe :

2° La gastropexie indirecte.

1° La *gastropexie directe* ou proprement dite, est une opération qui a pour but de fixer directement l'estomac mobile, à une autre partie de l'organisme considéré comme plus stable pour assurer une sorte de suspension de l'organe. On peut fixer l'estomac à trois points différents : paroi abdominale, diaphragme, foie, d'où trois variétés de gastropexie : pariétale, diaphragmatique, hépatique.

La *gastropexie pariétale* peut se faire par le procédé ancien de Duret ou par le procédé de Rovsing.

L'opération décrite par Duret comprend trois temps :

a) Incision médiane allant jusqu'au péritoine de la région épigastrique la mettant à nu dans une hauteur de 8 à 10 centimètres et descendant jusqu'au dessous de l'ombilic.

b) Recherche de l'estomac dans la région sous-ombilicale de l'abdomen et sa reposition en position normale, au besoin en relevant la face inférieure du foie.

c) Fixation à la paroi abdominale du pylore et de la

petite courbure par une ligne de suture continue ou à points séparés. La partie à souder à la paroi est la région antérieure de l'estomac voisine de la moitié droite de la petite courbure. Il faut que le contact ait lieu sur une surface assez large, pour que les adhérences soient ultérieurement assez solides.

La suture se fait de la façon suivante : une anse de soie fine pénétrant sous la séreuse ou dans la musculuse sans atteindre la muqueuse comprend 6 à 8 millimètres de la surface pylorique, puis traverse horizontalement de la même longueur le péritoine pariétal; rentrant ensuite dans l'abdomen, elle comprend de nouveau un centimètre de la partie voisine de la petite courbure, revient au péritoine, retourne à la petite courbure et ainsi de suite jusqu'à ce que la suture forme une ligne continue d'environ 6 à 8 centimètres d'étendue transversale.

Rovsing utilise trois rangs de sutures parallèles et horizontales. Trois fils de soie sont passés transversalement parallèlement l'un à l'autre à travers la séreuse de la paroi antérieure de l'estomac à 3 centimètres de distance de l'incision médiane. Le premier fils de soie passe tout près sous la petite courbure ; les deux autres à 1 ou 2 centimètres plus bas, de sorte que la grande courbure reste libre et mobile. On fait repasser les fils à travers la séreuse de la paroi antérieure de l'abdomen. La plaie est fermée par une suture à trois étages et couverte par du collodion et de la ouate : Rovsing noue les fils sur une plaque de verre large de 6 centimètres que l'on entoure de gaze stérilisée et que l'on applique sur l'épigastre.

La gastropexie diaphragmatique a été exécutée par Hartmann. Par une incision médiane sus-ombilicale, l'opérateur attire l'estomac abaissé, faufile quatre fils de soie au niveau de l'antrum du pylore dilaté puis les noue après les avoir serrés. Ayant gardé les chefs de ces fils longs, il les repasse à travers le péritoine pariétal et le tissu sous-jacent au niveau de la face profonde des côtes à gauche. L'estomac reprend alors un aspect normal et le pylore se trouve immédiatement au-dessous du foie.

La gastropexie hépatique a été employée par Kammerer en 1900 : ce procédé consiste à fixer la petite courbure de l'estomac à la face inférieure du foie. Il passe à cet effet cinq points de catgut chromicisé à travers toute la paroi de l'estomac à l'exception de la muqueuse et de là à travers la substance elle-même du foie. Kammerer n'obtint pas de résultat appréciable : il semble que ce soit là un procédé d'exception.

2° Les procédés de *gastropexie indirecte* agissent sur l'estomac par l'intermédiaire des ligaments qui s'y insèrent : grand et petit épiploon.

On peut agir sur le petit épiploon en le raccourcissant. La pratique a montré le peu de valeur de cette opération théorique : les ligaments sont en effet chez ces malades particulièrement faibles : ils sont transparents comme du papier. Les fils les déchirent en les traversant. Comment pourraient-ils servir de soutien à un estomac prolapsé ?

Kammerer, en 1900, a essayé en vain de raccourcir le petit épiploon : il eut un insuccès. Il dut compléter l'opération par une gastropexie hépatique.

Chez deux malades, Davis a fixé le petit épiploon près de la petite courbure de l'estomac au péritoine pariétal par de fines sutures à la soie, réalisant ainsi une épiploopexie.

Le procédé le plus employé est celui de Stengel-Beyea-Bier. Ils pratiquent le raccourcissement par pliquature des ligaments gastro-hépatique et gastro-phrénique. La technique est la suivante : après incision médiane sus-ombilicale, l'estomac est attiré dans la plaie, de façon à tendre les ligaments gastro-hépatique et gastro-phénique. On récline le foie, trois rangées de sutures à la soie sont passées transversalement de droite à gauche dans les ligaments puis nouées de façon à les rétrécir et à élever l'estomac. Le ventre est fermé par deux surjets de catgut et un surjet endodermique à la soie.

Le procédé de gastropexie indirecte qui s'adresse au grand épiploon a été publié par Coffey en 1902 : il a pour but de créer une « capsule épiploïque de soutienement ». L'opération consiste à fixer le grand épiploon à la face antérieure de l'abdomen tantôt par une seule rangée de sutures horizontales, tantôt par deux rangées distantes de quelques centimètres. On réalise ainsi une véritable omentopexie pariétale de forme transversale qui a pour effet de donner à l'estomac un organe de soutienement.

En résumé, la gastropexie est une opération simple, sans dangers ; elle a donné de bons résultats opératoires. Elle a été accusée à tort de gêner la motilité gastrique. Les recherches de Rovsing ont montré que l'évacuation d'un estomac fixé est absolument normale.

La gastroplication est une opération plastique qui a pour but de rendre à un estomac dilaté son volume et sa forme normale. Il consiste essentiellement en une invagination de la paroi stomacale.

Elle a été réalisée pour la première fois par Bircher en 1891.

Le plissement est fait le plus souvent sur la paroi antérieure de l'estomac, parfois sur les deux faces.

a) Plissement sur la face antérieure. Le procédé le plus simple est celui de Bircher : après avoir lavé l'estomac, il ouvre le ventre par une incision parallèle au rebord costal, sort l'organe. Il rapproche par des sutures à la soie, au niveau de la face antérieure la grande courbure de la petite, déprimant avec une pince le pli intermédiaire vers la cavité de l'estomac : il fait ainsi une trentaine de sutures non perforantes semblables et remet l'organe dans l'abdomen.

Un procédé un peu plus compliqué est celui de Weir. Il fait un pli dont le sommet est à égale distance des bords supérieur et inférieur de l'estomac, en déprimant la paroi gastrique à l'aide d'une sonde de 2 centimètres 5 de diamètre. Il passe dessus huit à dix sutures entrecroisées, à travers la séreuse et la musculieuse sur une largeur de 15 à 20 centimètres, puis il retire la sonde. Il fait une seconde, une troisième, une quatrième série de sutures distantes chacune de 2 centimètres 5, jusqu'à 10 ou 12 centimètres de la grande courbure.

Un troisième procédé consiste à faire plusieurs plis en éventail : procédé de Benett avec les variantes de Moynihan et de Faure.

Les fils sont dirigés perpendiculairement à l'axe de

l'estomac sur la plus grande largeur et la plus grande hauteur possibles. On les dirige de la grande à la petite courbure. Les fils doivent cheminer dans la musculuse et n'apparaître à la paroi sur la séreuse que de loin en loin. Le point d'entrée et de sortie sont enfouis dans la musculuse plus profondément que les autres : ils supportent plus que les autres les efforts de la distension de l'estomac. Le nombre de fils à placer varie de quatre à douze suivant la longueur de l'organe. Pour finir, on les noue successivement, après avoir serré très progressivement pour éviter les déchirures.

b) *Plissement sur les deux faces antérieure et postérieure.* C'est un procédé qui a pour but de faire des invaginations multiples, parallèles et superposées : il a été créé par Brandt. Il est long, nécessite la mise en place d'un grand nombre de sutures (jusqu'à 200) et ne présente pas d'avantages sur les autres.

Si l'on excepte l'opération de Brandt, la gastroplication est simple et rapide, elle est de plus exempte de dangers. Il faut éviter de perforer la muqueuse et ne pas piquer de vaisseau ; mais il est facile d'apprécier la profondeur à laquelle chemine l'aiguille et d'éviter les vaisseaux que l'on voit.

Les résultats de cette opération ont été fournis par l'expérimentation et la clinique.

L'expérimentation a montré à J.-L. Faure que la gastroplication répond bien au but à atteindre, c'est-à-dire à restreindre le volume d'un estomac dilaté : dans une série de huit expériences, il a obtenu par son procédé une diminution de la capacité stomacale de 36 % pouvant même aller à 50 % pour peu que l'on mit les fils

sur toute la longueur de la paroi antérieure et sur la plus grande partie de la hauteur.

Roux, de Lausanne, parlant de la gastroplication qu'il a eu l'occasion de pratiquer une fois, constate que « l'estomac a conservé très exactement la forme et les dimensions que lui avait donné la gastroplication un an auparavant ».

Enfin, diverses observations ont démontré les bons résultats cliniques de l'intervention.

Il nous reste à dire quelques mots de la **Gastro-entérostomie** et à rappeler qu'elle est employée pour traiter la dilatation : on sait que toute cavité dilatée artificiellement diminue de capacité lorsqu'on supprime la cause de la dilatation. En supprimant la stase dans la cavité gastrique par une large voie de sortie aux matières qui y séjournent, l'estomac doit revenir à des dimensions normales. L'opération proposée en 1892 par Marcel Baudoin fut exécutée sans succès par Jeannel l'année suivante. Mais J.-C. Renton, en Angleterre, obtenait un excellent résultat. Elle a été faite depuis par de nombreux chirurgiens pour traiter soit la dilatation essentielle, soit la dilatation secondaire à un obstacle pylorique.

Nous venons de décrire rapidement les opérations qui ont pour but la fixation, la réduction de volume, le drainage d'un estomac. Ce sont toutes trois des opérations simples, bien réglées, donnant de bons résultats éloignés. A laquelle de ces opérations aurons-nous recours dans le cas d'un estomac disloqué et rétentionniste ? Distinguons deux cas : dislocation consécutive à un obstacle au pylore, dislocation essentielle.

La présence d'un néoplasme ou d'un ulcère pylorique créent des conditions particulières d'intervention ; néoplasme ou ulcère seront traités par les méthodes habituelles. En cas de néoplasme étendu, on pourra tenter la cure radicale par une pylorectomie avec excision plus ou moins importante de l'estomac, on rétablira la continuité par la méthode de Kocher, ou de Bilioth, première manière. En présence d'un néoplasme à généralisation ganglionnaire étendue ou à métastases, on se contentera d'une opération palliative : la gastro-entérostomie. S'agit-il d'un ulcère, on aura recours à une pyloroplastie, à une pylorectomie, ou à une gastro-entérostomie.

Le cancer ou l'ulcère ont été traités : peut-on négliger la dislocation verticale ? Il nous semble, avec Vautrin, qu'une gastropexie rapide doit être le complément de l'opération. En effet, la coudure duodénale n'étant pas corrigée, la bile pourra continuer à refluer dans l'estomac. D'autre part, en cas de néoplasme un peu étendu, il ne sera pas toujours facile de fixer la bouche anastomotique au point le plus déclive de la cavité gastrique, c'est-à-dire au niveau de l'antrum pylorique : par une fixation de l'estomac, on évitera la rétention.

Envisageons maintenant le cas d'une dislocation essentielle : l'estomac se vide mal, le pôle inférieur de l'organe est abaissé.

L'utilité de la fixation d'un tel estomac paraît évidente. En soulevant le fond de l'organe, on pourra supprimer les douleurs dues au tiraillement des ligaments. On rendra aussi l'évacuation de l'organe plus facile en diminuant la profondeur du cul-de-sac pré-

pylorique. On pourrait ainsi faire au malade une simple gastropexie. Il nous semble que cette opération est très utile, mais qu'elle est insuffisante : si elle a donné de si bons résultats à Rovsing, c'est qu'il opérât sur des estomacs ne donnant pas de signes de rétention. Mais si l'on se trouve en présence d'une grande poche dilatée, à musculature affaiblie, il sera bien difficile par quelques points de suture, de fixer l'estomac en position convenable pour une évacuation parfaite : le cul-de-sac prépylorique pourra bien être diminué de profondeur ; mais il ne sera pas supprimé. Il y aura encore de la rétention : la dilatation de l'estomac ne cèdera pas.

Peut-on remédier à l'insuffisance de ce premier procédé par la gastroplication : Hartmann a traité une dislocation verticale par une gastropexie et une gastrorraphie combinées et a obtenu un succès. La gastroplication est en effet un complément de l'opération précédente dans le cas de grande dilatation utile et facile à exécuter. Mais il faudra toujours craindre que cet estomac à musculature atone se laisse distendre après mise en place des points de suture et que le drainage de la cavité ne soit qu'imparfait.

Il faut alors avoir recours à la gastro-entérostomie. L'indication se pose de façon absolue pour traiter la stase et la sténose, pour réaliser une évacuation parfaite, pour permettre de reprendre au plus tôt l'alimentation d'un malade qui peut être inanitié, pour permettre enfin le retour progressif d'une cavité gastrique distendue à ses dimensions premières.

Ces nombreux avantages font de la gastro-entéros-

tomie une opération de choix pour traiter la dislocation verticale qui s'accompagne de rétention : ce sera la seule opération à tenter dans les cas de dislocation fixée. Mais il nous semble que dans les cas où le pylore a conservé sa mobilité, la gastro-entérostomie simple est insuffisante.

La gastro-entérostomie, en effet, lutte bien contre la stase et la gastrite, mais non contre la ptose. L'observation de Vautrin (Observation VI), que nous rapportons, montre que le nouveau pylore peut être insuffisant. Il s'agit d'un malade traité par un simple abouchement gastro-duodéal. Le malade meurt. L'autopsie démontre que « l'anastomose gastro-duodénale est déclive et située au niveau de la grande courbure ; elle est attirée par le poids des liquides et reste suspendue par la première portion du duodénum, à un point fixe représenté par des tractus vasculaires et le canal cholédoque. Une sorte d'occlusion a été réalisée de cette façon et a amené la mort. »

La gastro-entérostomie nous paraît donc avoir comme complément indispensable une gastropexie.

En résumé, la dislocation chirurgicale se présente à nous comme une affection complexe où se trouvent réunies la ptose, la dilatation avec stase, la gastrite ; les malades ne viennent en effet le plus souvent au chirurgien que lorsque les troubles sont déjà marqués. Le traitement devra être complexe.

Dans les cas légers avec faible dilatation, on aura recours à une gastro-entérostomie avec gastropexie. En présence d'une vaste poche gastrique avec rétention, « la seule intervention rationnelle, dit Jonnesco,

est celle qui, tout en dérivant le cours du contenu gastrique par un pylore artificiel, rétrécit l'organe et le fixe en position normale. »

L'opération à pratiquer comprendra les temps suivants :

Premier temps. Gastro-entérostomie large avec des points de suture, par le procédé de Von Hacker ou le procédé en Y de Roux. L'indication d'une gastro-entérostomie antérieure peut se poser dans le cas de dislocation fixée (Observation II).

Deuxième temps. Jéjuno-jéjunostomie qui a pour but d'éviter le reflux de la bile dans un estomac dont la musculature est affaiblie.

Troisième temps. Gastrorrhaphie par le procédé de Faure ou de Bircher.

Quatrième temps. Gastropexie pariétale.

Cette quadruple opération a été réalisée par Jonnesco et par M. Gayet. Le résultat a été excellent.

Le dernier temps de l'opération, c'est-à-dire la réfection de la paroi abdominale, demande un soin tout particulier : chez le malade opéré par M. Gayet (Observation I), le rapprochement des lèvres de l'incision dans la région sus-ombilicale fut très long et difficile.

Il faudra toujours faire des points de suture nombreux et soignés sur le péritoine, les muscles et la peau pour éviter l'éventration. Peut être des autoplasties de la paroi seraient-elles nécessaires. En tous cas, les malades ne devront pas se lever trop tôt. Il sera bon de soutenir leur paroi par une large ceinture.

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Gayet)

Ch. Eugène, âgé de 50 ans, gantier à Grenoble, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse au début de décembre 1908 dans le service de M. le Professeur Paviot, pour des troubles gastriques qui l'ont amené à un état de faiblesse et de dénutrition vraiment extrême. Après quelques jours d'observation, notre collègue et ami voulut bien nous demander notre avis au point de vue chirurgical et sur notre conseil, le faire passer dans notre service pour y subir une intervention.

La maladie actuelle est déjà ancienne de 15 années. Comme antécédents, le malade a contracté la syphilis à l'âge de 24 ans. Pas d'alcoolisme.

Il y a 15 ans, douleurs gastriques survenant avant le repas, quelquefois augmentées par l'ingestion des aliments, prenant le caractère de douleurs en broche extrêmement intenses. Elles duraient parfois 15 jours et plus, s'atténuant surtout le matin au petit jour. Au lit le malade se couchait plus volontiers sur le côté gauche.

Il y a 5 ans, changement d'allures de la maladie : sensations de brûlure au creux épigastrique souvent intolérables, 3 heures après le repas, forçant le malade à se faire un lavage d'estomac. En même temps régurgitations très acides. Quatre ou cinq heures après le repas, le malade voit des boules se dessiner dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, se dirigeant de gauche à droite et s'accompagnant de douleurs. Ceci se produisait un certain nombre de fois, puis il survenait un bruit de jet comparable à celui que produit un liquide en passant par un orifice étroit. Il s'agit de contractions péristaltiques de l'estomac.

Examen stomatique. — Le malade très amaigri présente un effilement de la base du thorax qui lui fait « fine taille ». Le ventre est rétracté et déprimé à droite beaucoup plus qu'à gauche. Une heure après l'ingestion de café au lait, on a du clapotement. L'estomac paraît dilaté et très abaissé. Le maximum du clapotage est au-dessous de l'ombilic. On ne peut le produire au-dessus. Le bord inférieur de l'estomac descend bien près du pubis. On n'a pu constater les ondes péristaltiques qu'a décrites si nettement le malade.

Hernie inguinale droite (épiplocèle) datant de onze ans environ.

Le foie ne donne pas de matité en avant : la région hépatique est sonore ; matité à l'épigastre. Pas de matité splénique.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace gauche. Les bruits sont réguliers et normaux.

Rien aux poumons.

Reflexes rotuliens normaux.

Les urines ont un petit disque d'albumine.

Exploration à la sonde. — Le malade étant à jeun, on retire de son estomac et sans cependant chercher à l'épuiser près de 600 gr. d'un liquide louche, blanchâtre, à odeur de vin blanc fermenté, contenant des fragments de pain et de croûte. Liquide acide. On pratique un lavage qui revient à peu près clair vers la fin. On en profite pour faire l'insufflation de l'estomac. Au maximum de distension, on voit l'estomac se dessiner très nettement sous-ombilical. Il présente une partie verticale à gauche de la ligne médiane, disparaissant sous les fausses côtes et se continuant avec la partie horizontale sans étranglement apparent. Aucune déformation ne semble indiquer que l'estomac distendu adhère au niveau de l'épiplocèle inguinale droite. Matité hépatique disparue sur la ligne mamelonnaire, mais il n'en est pas de même sur la ligne axillaire où cette matité mesure six bons travers de doigt.

Examen radioscopique. — (M. le docteur Destot). Il confirme absolument les résultats de l'insufflation en montrant un estomac vertical entièrement rejeté à gauche de l'ombilic et descendant jusque vers le pubis. On porte donc le diagnostic de dislocation verticale de l'estomac et on propose une intervention qui est acceptée (1).

19 décembre 1908. Opération (M. Gayet). — L'estomac a été lavé avant l'opération et vidé. Anesthésie à l'éther. Incision médiane de laparotomie de 20 centimètres de long, l'ombilic répondant au milieu de l'incision. Le pèritoine étant incisé, on voit l'estomac se présenter sous la forme d'un long boyau vertical descendant jusque vers le pubis.

Il se continue avec la région pylorique par une portion d'un calibre plus étroit, très allongé, du volume d'un côlon transverse. Au point qui répond au pylore, on trouve une induration nacrée en forme d'étoile avec de très minces brides adhérentes au côlon transverse et au grand épiploon. Cet estomac prolabé est très vasculaire. La région hépatique est remplie par des anses de côlon transverse plusieurs fois repliées. En les reclinant en bas et à gauche, on arrive à voir tout à fait loin sous la coupole diaphragmatique un foie tout petit, plaqué contre la colonne vertébrale et occupant une situation médiane. Rappelons que le thorax est long et étroit, effilé à la taille et rappelle la déformation classique du corset, ce qui rend encore plus difficile l'accès du foie. La portion droite du côlon transverse s'unit à la portion gauche en arrière de l'estomac qu'il faut relever pour voir cette portion gauche et le grand épiploon. L'intestin grêle est encore plus postérieur et inférieur : il est tassé et atrophié et mérite la comparaison classique avec le boyau de poulet.

(1) Cette première partie de l'observation a été recueillie dans le service de M. le professeur Paviot.

L'indication est donc de remédier à la sténose pylorique, de diminuer l'ampleur de l'estomac, de le remettre en place dans la partie droite de l'abdomen. On procède de la manière suivante.

1^{er} temps. — Anastomose gastro-jéjunale trans-mésocolique postérieure à la suture. L'estomac est fixé aux lèvres de la boutonnière mésocolique par deux points au catgut. Ensuite jéuno-jéjunostomie au bouton entre l'anse efférente et l'anse afférente, dans le but d'éviter un *circulus viciosus*. Cette anastomose est faite au bouton de Jaboulay et demande à peine cinq minutes.

2^e temps. Gastrorrhaphie. — On plisse transversalement l'estomac et on fixe ce pli au moyen d'un surjet à la soie fait sans serrer de façon à ne pas déranger la direction du pli.

3^e temps. Gastropexie. — On décolle aux ciseaux les couches profondes aponévrotiques de chaque côté de l'angle supérieur de la plaie. On passe ensuite à droite et à gauche de l'incision, à 3 centimètres environ de la distance de la plaie un fil de soie qui va suspendre l'estomac et retraverser en U la paroi. Un troisième et un quatrième fil de catgut reprennent l'estomac sur la ligne de suture du péritoine. On achève ensuite la suture de la séreuse.

4^e temps. Reconstitution de la paroi. — Ce temps est laborieux dans la partie supérieure de l'incision. L'estomac avait perdu droit de domicile et il fallut beaucoup de soins pour arriver à rapprocher les lèvres musculaires et aponévrotiques, au moyen de points en U ou de petits surjets séparés faits au tendon de renne. A la partie inférieure au contraire, le rapprochement est facile, l'étoffe est surabondante. La peau est rapprochée par des crins de Florence. Pansement. Durée de l'opération, 1 heure 10 minutes.

Suites. — Le lendemain le malade atteint 37°9 le soir et depuis est resté apyrétique. Mais il a présenté des phénomènes nerveux inquiétants : crises de tétanie avec mouvements convulsifs des bras et de la tête, délire tranquille. Sa femme a d'ailleurs raconté depuis, que pendant les 15 derniers jours avant son entrée à l'hôpital, il avait présenté chez lui ce délire d'inanition.

Le 5^e jour, lavement purgatif suivi d'effet.

Le 28 décembre, l'alimentation se fait sans aucun trouble, le malade supporte toute espèce d'aliments.

Le 11 janvier, il se plaint de douleurs vives dans la région gastrique. Depuis l'opération il a engraisé de 6 kilogrammes.

Il sort le 15 janvier et retourne chez lui.

Le 31 janvier, il écrit pour donner de ses nouvelles. Il accuse deux crises douloureuses avec sensation de plaie vive qui résiste même à un lavage d'estomac. Malgré cela, il a encore pris 1 kilogramme depuis sa sortie de l'hôpital (49 kilogrammes au lieu de 48). Il fait un peu d'exercice. La digestion est encore difficile ; sensation de pesanteur après les repas et léger clapotage à jeun : un peu de diarrhée et de lientérie. Il déclare cependant qu'il ressent une grosse amélioration et que la vie lui est devenue bien supportable.

13 avril 1909. — Nouvelle lettre du malade. Il a repris son travail et pèse actuellement 57 kilogrammes (soit 15 kilogrammes de gain depuis l'opération). Il se plaint de son estomac très gros qui fait une bosse à l'épigastre après les repas et le gêne pour se baisser. Il souffre encore parfois après les repas.

9 juillet. — Le malade revient se montrer. Il a bonne mine, bon état général. Poids 59 kilogrammes. Les digestions sont bonnes maintenant ; seulement de temps autre quelques pincements douloureux après les repas. Selles régulières avec légère tendance à la diarrhée.

A l'inspection, il existe une éventration sur la partie

supérieure de l'incision par écartement des muscles droits. Cette éventration est bien maintenue par une ceinture et ne se manifeste que lorsqu'on ordonne au malade de passer de la position couchée à la position assise. A la percussion, la sonorité gastrique ne dépasse pas en bas l'ombilic. Le clapotage consécutif à l'absorption d'une bouillie est perçu seulement au-dessus de ce point.

A l'examen radioscopique, l'estomac a gardé les diversions et la position observées immédiatement après l'opération. C'est-à-dire qu'il est horizontal et la grande courbure se maintient même à l'état de répletion au-dessus de l'ombilic.

Le malade a repris son métier de gantier et travaille toute la journée sans fatigue.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gayet)

R. Louis, cultivateur, âgé de 29 ans, entre à l'hôpital en octobre 1908 pour des troubles digestifs.

A. H., Père éthylique, mort il y a 9 ans, peut-être avec des phénomènes de délirium tremens. Mère actuellement vivante et bien portante. Une sœur en bonne santé.

Le malade est marié : sa femme n'a pas eu de fausse-couche ; a un enfant vivant et bien portant.

A. P. Vers l'âge de 8 ans, adénites cervicales supprimées, ayant laissé des cicatrices dans la région sous-hyoïdienne, au-dessous de l'angle de la mâchoire et du lobule de l'oreille droite. Jamais d'autres manifestations bacillaires. Ethylisme léger. Nie toute spécificité. Se reconnaît lui-même un tempérament nerveux assez marqué.

Le malade fait remonter le début de ses troubles diges-

tifs à l'époque de son service militaire ; il commence à perdre l'appétit. Les digestions deviennent longues, pénibles, accompagnées d'éructations et de régurgitations acides. Il n'a à aucun moment de véritables douleurs d'estomac, mais assez fréquemment, tous les deux ou trois jours, un vomissement venait au bout d'une heure ou deux mettre fin à une digestion trop laborieuse.

Cet état reste stationnaire, puis empire progressivement pendant les premiers mois. Au bout de ce temps, le malade fait un séjour à l'hôpital pour ces troubles digestifs et en même temps pour des accidents nerveux qui furent traités par le bromure de K.

Il s'agissait de crises caractérisées uniquement par des convulsions cloniques et toniques au niveau des membres supérieurs et inférieurs, surtout des avant-bras et des mains, ne s'accompagnant pas de perte de connaissance, d'émission involontaire d'urine ou de matières.

Ces accidents ne survinrent que trois ou quatre fois. Ils ne furent pas suivis de contracture ou de paralysie. Ils ne se reproduisirent jamais dans la suite.

Réformé, le malade reprend son métier de cultivateur ; son état s'améliore ; ses digestions se font régulières ; plus de vomissements, plus de troubles digestifs pendant les années qui suivent.

Il y a dix-huit mois, très progressivement, les mêmes troubles digestifs reparaisant, le malade consulte le Docteur Tournier qui paraît avoir prescrit une médication surtout suggestive ; en tout cas, du jour au lendemain le malade se déclare très soulagé.

Vers la fin de septembre dernier, débute une nouvelle période d'intolérance gastrique, en tous points semblable aux deux précédentes mais dont les accidents semblent avoir été plus intenses et plus fréquemment répétés. Comme dans les autres atteintes, en plus de la perte d'appétit, il s'agit moins de douleurs d'estomac que d'une sensation de gêne, de pesanteur au creux épigastrique.

Après le repas, le malade se sent ballonné, l'estomac lourd avec des régurgitations acides et des éructations fréquentes. Cette sensation de malaise dure un temps variable, une à deux heures et même davantage pour disparaître avec les progrès de la digestion, à moins qu'un vomissement n'y mette fin plus tôt ; il est arrivé au malade de provoquer ce vomissement pour être plus rapidement soulagé.

Ces vomissements sont d'abondance variable. Ils ont une saveur aigre et sont constitués par les aliments ingérés immédiatement auparavant. Pourtant le malade dit avoir reconnu parfois la présence d'aliments absorbés plusieurs jours auparavant et incomplètement digérés. Jamais d'hématémèse ; peut-être du mælena sans que l'on puisse affirmer si la coloration noirâtre des selles était due à la présence du sang ou simplement à une constipation très opiniâtre.

Enfin, le malade attire l'attention sur ses éructations gazeuses fréquentes, qui à son dire, suivraient chaque essai d'alimentation, presque chaque déglutition.

A l'examen, on se trouve en présence d'un malade bien constitué, paraissant jouir d'un assez bon état général, malgré l'amaigrissement notable qu'il accuse.

L'abdomen n'est pas ballonné : sa paroi est même légèrement retractée, on ne voit à sa surface se dessiner aucune onde péristaltique.

La palpation est gênée par la tension de la paroi, la résistance et l'épaisseur des muscles. Elle ne révèle rien de particulier, elle ne détermine pas de douleurs.

On perçoit du clapotage 4 heures après le repas un peu au dessous de l'ombilic.

Le foie n'est pas gros. La rate n'est pas perçue.

La radioscopie montre un estomac allongé, avec un cul-de-sac prépylorique accentué. Il existe une coudure très nette sur la petite courbure. Le pylore est médian ou légèrement à gauche de la colonne vertébrale sur la ligne biliaire. Le pôle supérieur de l'estomac n'est pas abaissé.

L'insufflation confirme les données de la radioscopie.

Chimisme gastrique : acidité totale 3,02 pas libre

H C L libre : réaction de présence
intense.

Acide lactique : néant.

L'examen du système nerveux montre des stigmates nets d'hystérie : anesthésie pharyngienne, anesthésie cornéenne. Il existe des zones d'hypoesthésie à distribution variable ne correspondant à aucun territoire nettement déterminé et dont la recherche est rendue difficile en raison des résultats contradictoires obtenus d'un moment à l'autre. Le champ visuel est un peu diminué, surtout pour le vert. Les pupilles réagissent bien. Pas de zones hystérogènes. Légère exagération des réflexes rotuliens, sans trépidation épileptoïde.

La température est de 37°.

Opération (le 29 octobre 1909, M. Gayet). Laparatomie sus et sous-ombilicale de 25 centimètres de hauteur. Les parois étant écartées, on voit l'estomac descendre verticalement à gauche, très superficiel, passant en avant du colon transverse. Le pylore est médian, situé sur un plan passant par l'ombilic, il est fixé par des brides. A droite, le petit épiploon forme une membrane très distendue en forme de hotte qui renferme au moins un mètre d'intestin grêle. En déroulant cet intestin, on voit que son extrémité, fixée par des ligaments au fond de la hotte, n'est autre que le coude duodnéo jéjunal. Ayant relevé le mesocolon et l'ayant incisé pour faire une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique on peut amener facilement l'estomac, mais l'inversion du jéjunum se trouve à une grande distance de là en haut et à droite. Une anastomose antérieure est bien plus indiquée et on la pratique à la suture, en la complétant par une jéjuno-jéjunostomie au bouton de Jaboulay. Au cours de l'intervention, on a noté que le péritoine était très friable, présentait en plusieurs

endroits des brides cicatricielles et saignait facilement. De ce fait l'opération un peu allongée a duré 1 heure 1/4.

Le malade sort de l'hôpital trois semaines environ après l'intervention. Il mange de tout, ne vomit plus. Il a repris du poids. »

OBSERVATION III (*M. le Dr Henri Hartmann*)

In « Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris »

« **Dilatation et dislocation verticale de l'estomac.**
Etat cachectique, gastrorraphie et gastropexie
combinées. Guérison. »

« M^{me} C. B..., nous est adressée par le docteur Boureau. Elle est âgée de trente-et un ans et est malade depuis deux ans. Elle a commencé par ne plus pouvoir boire du vin, la moindre ingestion de ce dernier lui occasionnant une sensation de brûlure. En septembre 1896, elle cesse donc complètement de boire du vin, mangeant cependant encore un peu. En janvier 1897, elle se met au régime exclusif du lait et vit ainsi pendant un an. En janvier 1898, elle cesse même le lait qui reste sur l'estomac, ne prend que de l'orge miellé, un peu de fromage de chèvre et des échaudés. Jamais elle n'a eu de vomissements. Depuis deux ans, constipation intense qui ne cède qu'à des lavements ou à de l'huile de ricin. Les règles ont cessé de paraître depuis un an.

Mère bien portante. Père mort à 49 ans d'une affection stomacale.

La malade avait, à part une scarlatine, toujours joui d'une bonne santé ; elle a eu deux enfants, le dernier il y a cinq ans.

Etat actuel. — Malade extrêmement pâle, à chairs flasques, d'apparence cachectique. L'insufflation de l'estomac fait constater une dilatation et une dislocation verticale de l'estomac.

L'estomac est sondé après un jeûne de douze heures ; on n'obtient aucun résidu alimentaire, même après un lavage.

Examen par le docteur Soupault :

Un repas d'épreuve est donné, puis extrait au bout d'une heure.

Acidité totale. .	1.45
Vert brillant. .	réaction positive.
Guntzburg . .	pas de réaction.

Par le perchlorure de fer, la réaction lactique manque. Les peptones existent en abondance, le sucre est abondant. Avec l'eau iodée, on a la réaction de l'achroodextrine.

Urines, 290 centimètres cubes par jour ; neutre ; densité 10,17 ; urée, 17 grammes 8 par litre ; indican ; cristaux de phosphate neutre de chaux.

Le poids de la malade est tombé de 52 kilogrammes à 32 kilos 500.

13 octobre 1898. *Gastrorraphie et gastroperie* par H. Hartmann.

Par une incision médiane sus-ombilicale, on attire l'estomac abaissé, on faufile quatre soies au niveau de l'antrum du pylore dilaté, puis on les noue après les avoir serrées. Ayant gardé les chefs de ces fils longs, on les repasse à travers le péritoine pariétal et le tissu sous-jacent au niveau de la face profonde des côtes à gauche, sous la voûte diaphragmatique. L'estomac reprend alors une apparence normale, le pylore se trouvant immédiatement au-dessous du foie.

Les suites opératoires ne présentent rien de particulier : on alimente peu à peu la malade qui digère maintenant

bien ce qu'elle prend. L'état général s'améliore notablement :

Poids : le 12 octobre, veille de l'opération .	32 k. 500
— 6 novembre	35 k.
— 20 novembre	38 k.
— 15 décembre	38 k.
— 10 janvier 1899	47 k.

OBSERVATION IV (*Dr. Thomas Jonnesco*)

*In « Compte rendu du Congrès français de Chirurgie
1899 ».*

« Il s'agissait d'un homme de trente ans, souffrant depuis trois ans de douleurs vives, sensation de brûlure à l'épigastre après toute ingestion d'aliments liquides ou solides, et qui devenaient insupportables une heure et demie à deux heures après le repas. Pyrosis ; constipation opiniâtre habituelle. Pas de vomissements. Traitement médical inefficace. Amaigrissement depuis quelque temps. Entré dans mon service le 17 mai 1899, il réclame une opération qui le soulage au moins de ses souffrances. L'estomac animé de mouvements vermiculaires appréciables, est très distendu et disloqué ; il s'étend sur une ligne oblique allant de l'entrecroisement de la ligne mammaire avec la septième côte gauche jusqu'au dessous de l'ombilic. Clapotement, bruits hydroaériques.

Opération le 24 mai 1899. — Laparotomie médiane sus-ombilicale, résection de la ligne blanche. L'estomac très dilaté et très abaissé ne présente aucune lésion appréciable au niveau du pylore.

Gastrorraphie antérieure : neuf fils de catgut n° 0 sont faufileés de la grande à la petite courbure, sur toute l'étendue de la paroi antérieure du pylore au cardia. Les fils, distants de deux centimètres, traversent la séreuse et la musculieuse, laissant la muqueuse libre. Une fois serrés et noués, ils approchaient la grande de la petite courbure et faisaient disparaître presque la totalité de la paroi gastrique antérieure. L'estomac, devenu presque cylindrique, est considérablement rétréci. Les chefs de ces fils longs sont conservés pour servir ultérieurement à la gastropexie.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. — Le mésocôlon transverse incisé, les lèvres de la plaie fixées à la paroi gastrique postérieure par quatre points cardinaux au catgut numéro 0, je pratique l'abouchement gastro-jéjunal latéral par trois surjets avec l'aiguille à coudre ordinaire armée du catgut numéro 100, et de la façon suivante : surjet sero séreux postérieur, incision de la séreuse et de la musculieuse respectant la muqueuse, surjet musculo-séreux postérieur, incision de la muqueuse, surjet muco-muqueux circulaire ; continuation en avant du surjet séro-musculaire et du surjet séro-séreux.

Jéjuno-jéjunostomie latérale pour empêcher l'écoulement de la bile dans l'estomac. La suture est faite comme dans le temps précédent.

Gastropexie. — Les fils longs de la gastrorraphie ont été passés à travers le péritoine pariétal et le tissu sous-jacent au niveau de la face profonde des côtes à gauche. L'estomac ainsi fixé reprend sa place normale, le pylore immédiatement sous le foie. Suture de la plaie abdominale avec fils temporaires d'argent.

Les suites opératoires ont été des plus simples, malgré une congestion pulmonaire passagère. Alimentation par voie rectale pendant trois jours ; lait pendant quatre jours, et à partir du septième jour alimentation normale. Digestion facile, plus de douleurs. L'état général s'amé-

liore considérablement. Le 12 juillet le malade quitte l'hôpital dans un parfait état. L'examen du contenu stomacal montre de l'hyperchlorhydrie avant l'opération ; il devient absolument normal après l'opération. Pas de bile dans l'estomac. »

OBSERVATION V (*M. le professeur agrégé Vautrin*)
In « Congrès français de Chirurgie, 1901 »

« J'ai eu l'occasion en 1896 d'intervenir chirurgicalement chez une femme de 38 ans qui présentait des accidents gastriques déjà anciens. Outre les malaises d'une hyperchlorhydrie rebelle, M^{me} H... éprouvait ceux d'une dilatation d'estomac très intense et rejetait depuis plusieurs mois par vomissements, une grande partie des aliments qu'elle absorbait. Elle avait dû renoncer successivement au lait que l'estomac ne digérait plus, aux œufs et à toutes les viandes. Elle vivait presque exclusivement de poudres de viande peptonisées, de pain grillé en petite quantité et de quelques purées qu'elle n'arrivait à digérer qu'après de vives douleurs. Les vomissements étaient alimentaires ou bilieux. Ces derniers survenaient, à l'époque où j'examinais la malade, à des heures indéterminées et pas tous les jours, sous forme d'abondantes évacuations d'un liquide verdâtre, mélangé de mucosités et de détritüs alimentaires, qui, suivant leur abondance, déterminaient une coloration plus ou moins brune. Certains vomissements contenaient exclusivement de la bile. La malade prévoyait très bien ces vomissements qui s'annonçaient par des crampes vives ou creux épigastrique, de l'oppression, une sensation de plénitude pénible et une bouche sèche et acide. Les vomissements exclusivement

alimentaires étaient rares ; ils se produisaient principalement le matin au lever, ou durant la nuit. La constipation était opiniâtre.

Après avoir pratiqué l'insufflation de l'estomac, je trouvai la grande courbure au-dessous de l'ombilic, le grand axe de l'organe étant dirigé presque verticalement de haut en bas. Je pensai à une dilatation gastrique avec prolapsus pylorique, puisque le creux épigastrique et l'espace sous hépatique n'étaient le siège d'aucune sonorité pendant l'insufflation. A la demande de la malade, je résolus de tenter la fixation de l'organe déplacé.

L'opération fut faite en juin 1896. Après laparotomie, je trouvai l'estomac verticalement disloqué, le pylore saisi un peu à gauche et au niveau de l'ombilic, la petite courbure sur une ligne allant du pylore déplacé au cardia. L'ectasie gastrique était surtout prononcée au niveau de l'antrum pré-pylorique, ainsi que je pus le vérifier en attirant l'organe entre les lèvres de la plaie abdominale. Dans un premier temps, je fis la gastro-plication de l'estomac au niveau de sa face antérieure, en exagérant la profondeur du pli sur la région la plus dilatée, c'est-à-dire vers l'antrum pré-pylorique. A ce niveau, je plaçai deux rangées de suture à points séparés à la soie, tandis que sur la partie gauche du pli une seule rangée suffit. La longueur de la plicature était de 10 centimètres environ. Telle fut la gastrorrhaphie. Ainsi plicaturé, l'estomac paraissait rétréci en hauteur ; mais il restait à le fixer dans une position normale. L'incision fut prolongée sur la paroi abdominale jusqu'au creux épigastrique. En remontant le pylore jusqu'au dessous du foie, il me sembla que la fixation au péritoine pariétal d'une portion de la paroi stomacale antérieure, voisine de la petite courbure, réaliserait une pexie satisfaisante. Comme le lobe gauche du foie gênait quelque peu la fixation sur la lèvre droite de la plaie, je passai à travers la séreuse et la musculuse stomacale quatre points séparés à la soie, dont les chefs

furent conduits à travers le péritoine pariétal et l'aponévrose sous-jacente préalablement décollée du muscle droit du côté gauche. L'opération se termina ensuite par la suture en trois plans de la plaie abdominale.

Les deux premiers jours, la patiente présenta un peu de réaction gastrique, avec vomissements fréquents, qui me firent craindre l'existence d'une sténose duodénale ignorée. Mais à partir du troisième jour, tout rentra dans l'ordre, les vomissements disparurent et l'alimentation put se faire avec du lait et des œufs, que la malade ne supportait pas avant l'opération. Lorsque l'opérée quitta l'hôpital au bout de vingt jours, l'estomac supportait les œufs, le pain, la viande grillée et quelque purée. Les douleurs et les vomissements avaient disparu.

J'eus des nouvelles de la malade un mois après son départ ; elle était enchantée du résultat et pouvait travailler de son métier de brodeuse qu'elle avait quitté depuis longtemps.

Depuis cette époque, cette femme s'est mariée à un ouvrier verrier et a quitté la région de l'Est, pour une destination inconnue, c'est ce qui explique l'impossibilité de donner à son sujet des renseignements éloignés sur les effets de l'opération. »

OBSERVATION VI (*M. le professeur agrégé Vautrin*)

In « Congrès français de Chirurgie 1901 ».

« Un homme de 52 ans se présente en avril 1901 à ma clinique dans un état de faiblesse avancée, confinant à la cachexie. Depuis deux à trois ans ce malade éprouvait des troubles digestifs, et depuis deux ans il vomissait souvent à jeun des aliments de la veille. Dans les derniers mois,

ces vomissements matutinaux étaient devenus réguliers et de plus les repas de la journée étaient suivis de douleurs, de gonflement et enfin de vomissements survenant deux à trois heures après l'absorption alimentaire.

La dilatation de l'estomac est considérable. L'insufflation montre que l'organe descend à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic et que le pylore est en prolapsus. Sur ce pylore, on sent par la palpation une résistance peu volumineuse qui indique l'existence d'un néoplasme à ce niveau formant une sténose serrée, car les lavages de l'estomac ramènent, longtemps après les repas, la presque totalité des aliments absorbés. L'analyse du suc gastrique confirme l'idée d'un cancer du pylore.

L'opération est pratiquée sous le chloroforme le 30 avril. Après ouverture du ventre, je constate un estomac en dislocation verticale complète, le pylore abaissé au-dessous et un peu à droite de l'ombilic, la grande courbure étalée suivant une ligne courbe plus déclive que le pylore. J'attire facilement le pylore et la plus grande partie de l'estomac à l'extérieur. Après libération des bords de l'organe, j'applique les pinces de Doyen au delà des limites d'extension du néoplasme, ce qui m'amène à réséquer la moitié au moins de l'estomac avec la petite courbure dans sa plus grande étendue. Après l'exérèse, je fais la suture de la plaie gastrique par trois plans superposés. Je constate ensuite que l'affrontement du bout duodénal avec l'estomac s'opère avec la plus grande facilité. Je choisis donc la méthode de Kocher et j'abouche le duodénum sur la face postérieure de l'estomac, en arrière de la suture de la plaie de résection. Après cet abouchement, l'estomac paraît avoir repris sa situation normale, le nouveau pylore étant situé un peu au-dessous du foie et le gros intestin étant remonté vers la région sus-ombilicale. L'opération se termine rapidement.

Les suites semblent d'abord être favorables. Le malade n'a pas de vomissements; il ingère des liquides et des

aliments dès le deuxième jour ; mais malgré cela il s'affaiblit. La température est à 37°. Le pouls est à 100°.

On pratique des lavages d'estomac, qui ramènent une grande quantité de liquide, mélangé de bile. Il est évident que la bouche duodénale ne fonctionne pas, car l'estomac dilaté descend de nouveau à l'ombilic. Le malade est trop faible pour tenter une nouvelle intervention. Il meurt à la fin du quatrième jour après l'opération.

A l'autopsie, on constate une nouvelle dislocation verticale de l'estomac, qui est rempli de liquide. L'anastomose gastroduodénale est déclive et située au niveau de la grande courbure ; elle est attirée par le poids du liquide et reste suspendue par la première portion du duodénum, à un point fixe représenté par des tractus vasculaires et le canal cholédoque. Une sorte d'occlusion a été réalisée de cette façon et a amené la mort. »

OBSERVATION VII (*M. le Professeur agrégé Vautrin*)

In « Revue Médicale de Est 1902 ».

« Il s'agit d'un malade de 60 ans qui me fut amené dans un état de cachexie très avancé, avec des hémorragies stomacales répétées qui avaient engendré un état d'anémie extrême. L'estomac était dilaté au point que la grande courbure descendait dans la fosse iliaque droite et sur le pubis ; le pylore disloqué se trouvait dans la fosse iliaque gauche et portait une tumeur dure, du volume d'une petite mandarine très mobile. L'état de la malade était si précaire que j'eus beaucoup de peine à me décider à intervenir. J'ouvris le ventre avec l'idée de me borner à une gastro-entérostomie suivie de gastropexie. Dès que le pylore fut extrait de l'abdomen, je trouvai une tumeur si limitée que

je ne résistai pas au désir de l'enlever. Je fis donc la pylorectomie suivie de suture termino-latérale du duodénum à l'estomac par la méthode de Kocher. Je terminai par la gastropexie réalisée par trois points de suture placés au niveau de la petite courbure dans le but de la fixer au péritoine pariétal. La malade succomba malgré l'intervention par les progrès de l'inanition. »

CONCLUSIONS

1° La dislocation verticale de l'estomac est caractérisée par l'abaissement du pôle inférieur de l'organe qui se porte en bas et à gauche.

2° Aux causes habituellement citées de la dislocation : corset, grossesses, sténose pylorique, il faut ajouter une prédisposition par malformation congénitale : cette malformation est prouvée par la co existence des déformations du thorax en dehors de toute constriction habituelle, par la situation d'autres viscères comme le foie, par l'aspect particulier de l'estomac : elle s'explique bien par l'embryogénie.

3° Le diagnostic sera basé sur les signes physiques, tirés surtout de l'insufflation et de la radioscopie. Il sera particulièrement important d'étudier le mode d'évacuation de l'estomac, la présence ou l'absence de liquide de rétention.

4° La dislocation accentuée avec phénomènes généraux graves doit être traitée chirurgicalement. L'opération sera complexe, visera le déplacement, la

dilatation, la sténose. Il faudra pratiquer une gastropexie, une gastrorrhaphie, une gastro-entérostomie. La réfection de la paroi abdominale demande des soins particuliers pour éviter l'éventration.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Le Président de la Thèse,

J. PAVIOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 décembre 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOIN. — Progrès médical, 16 juillet 1892.
- BEYEA. — Ann. méd., Philadelphie, 1904.
- BIRCHER. — Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, 1891 et 1894.
- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.
- BORELIUS. — Mercredi médical, 25 déc. 1895.
- BRANDT. — Centralblatt für Chirurgie, 1894.
- BRAUNE. — Archiv. für Heilkunde, 1874.
- CASELLI. — Riforma medica Napoli, 1895.
- CHAPOTOT. — Thèse de Lyon, 1892.
- CLERC. — Thèse de Paris, 1900.
- CRUVEILHER. — Traité d'anatomie pathologique, 1852, T. II.
- DEBOVE, CASTAIGNE, ACHARD. — Manuel des maladies du tube digestif.
- DEPAGE, ROUFFART, MAYER. — La chirurgie des ptoses viscérales, 1904.
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac, 1895.
- DURET. — Revue de chirurgie, 1896.
- ENRIQUEZ. — Presse médicale, 1908.
- EWART ET BENETT. — The Lancel. 1893.
- EVE. — Britisch Med. Journal, 1906.
- FAURE. — Gazette des Hôpitaux, 1897.
- FERRARI. — Congrès Italien de chirurgie, 1896.
- GASTON LYON. — Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.
- GLÉNARD. — Des ptoses viscérales, 1899.
- GROEDEL III. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1897.
- HARTMANN. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1899.
- HAYEM. — Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, 1897.
- HERTZ. — Abnormalitäten in der Form und Lage der Bauchorgane.
- KAMMERER. — Annals of Surgery, 1901,

- LEVEN ET BARRET. — Précis de radioscopie gastrique.
MATHIEU. — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.
MARTINEAU. — Thèse de Paris, 1908.
MONTPROFIT. — Gazette médicale de Paris, 1904.
MOYNIHAN IN BERKELEY. — Brit. méd. Journal, 1898.
NICOLAYSEN. — Mercredi médical, 1895.
NYROP. — Münchner med. Wochenschrift, 1907.
PANTOLINI. — Archives provinc. de chirurgie, 1899.
PINATELLE. — Thèse de Lyon, 1902.
POIRIER. — Traité d'anatomie humaine, T. IV.
ROUX. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1897.
ROVSING. — Congrès International de chirurgie, Bruxelles 1905.
SCHATTUCK. — Trans. amer. surg. assoc., 1897.
SOUPAULT. — Traité des maladies de l'estomac.
TERRIER ET HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac.
TESTUT. — Traité d'anatomie descriptive T. IV.
TUFFIER. — Chirurgie de l'estomac.
VAUTRIN. — Congrès de chirurgie, 1901.
VAUTRIN. — Revue médicale de l'Est, 1902.
WEIL. — Lyon médical, 1892.
WEIR (Robert). — New-York med. Journal, 1892.
-

